

Aus der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik und Poliklinik
der FU Berlin

Direktor: Prof. Dr. med. Helmut Selbach

ANOREXIA NERVOSA

Untersuchungsergebnisse einer Katamnese

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Muhlack, Susanne
Königsberg / Pr.

1973

Aus der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik und Poliklinik
der FU Berlin

Direktor: Prof. Dr. med. Helmut Selbach

ANOREXIA NERVOSA

Untersuchungsergebnisse einer Katamnese

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Muhlack, Susanne

Königsberg / Pr.

Referent: Professor Dr. med. Horst-Ulfert Ziolk o

Korreferent: Professor Dr. med. Annemarie Dührssen



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche der
Freien Universität Berlin

Promoviert am: 6. Februar 1973

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
VORWORT	1
A. ZUM KRANKHEITSBILD DER ANOREXIA NERVOSA	2
a) Kurzer historischer Abriß und gegenwärtige Ansicht	2
b) Problematik katamnestischer Erhebungen unter besonderer Berücksichtigung der Anorexia-nervosa-Kranken	6
B. EIGENE UNTERSUCHUNGEN	10
a) Methodik	10
b) Untersuchungsgut	13
c) Ergebnisse	18
I. Medizinischer Bereich	21
a) somatisch	21
1. Körpergewicht	21
2. Menstruation	25
3. Verdauungssystem	29
4. Verhalten zur Nahrung	33
5. Krankenhausaufenthalte wegen Anorexia nervosa, Organische Erkrankungen, Ambulante Behandlungen, Psychotherapeutische Behandlungen (ambulant)	37
6. Todesfälle	46
b) psychisch	49
1. Grundstimmung, vitaler Antrieb	49
2. Psychische Auffälligkeiten	50
3. Suicidalität	53
4. Sexualität	55
II. Sozialer Bereich	59
1. Familienstand	59
2. Beruf	62
C. BESPRECHUNG DER ERGEBNISSE	67
1. Vergleich des Zustandes der Patienten bei Entlassung aus der Klinik und zur Zeit der Katamnese	67
2. Diskussion der katamnestischen Befunde und Vergleich mit den Erfahrungen anderer Autoren	80

D.	ZUSAMMENFASSUNG	89
E.	KRANKENGESCHICHTEN-ÜBERSICHT	92
F.	LITERATURVERZEICHNIS	122

VORWORT

In der vorliegenden Arbeit soll über katamnestische Untersuchungen an 44 Patienten berichtet werden, die unter der Diagnose "Anorexia nervosa" in der Zeit von 1951 bis Mai 1966 in der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der FU Berlin zum größten Teil stationär aufgenommen und in vereinzelt Fällen auch nur ambulant untersucht worden sind.

Die Arbeit stellt sich folgende Aufgaben:

1. die Verfolgung der einzelnen Krankheitsverläufe über einen längeren Zeitraum,
2. mögliche, den Verlauf der Krankheit günstig bzw. ungünstig beeinflussende Variablen zu erfassen,
3. die hier gewonnenen Ergebnisse mit den Erfahrungen anderer Autoren zu vergleichen.

A. ZUM KRANKHEITSBILD DER ANOREXIA NERVOSA

a) Kurzer historischer Abriß und gegenwärtige Ansicht

Die Erscheinung der Anorexie war schon in der Medizin der Antike bekannt, jedoch wurde sie in der damaligen Zeit und in den nachfolgenden Jahrhunderten lediglich als Krankheitssymptom und nicht als Krankheitsentität aufgefaßt. Erst 1689 erschien in dem "Lehrbuch der auszehrenden Krankheiten" von MORTON die erste klinische Beschreibung der Erkrankung - dargestellt in der sehr eindrucksvollen Krankengeschichte der Tochter des Mr. Duke -, die uns heute unter dem Namen "Anorexia nervosa" bekannt ist. Der Autor bezeichnete die Krankheit als "Phthisis nervosa" und beschrieb als Leitsymptome neben Appetitstörungen und extremer Abmagerung Amenorrhoe und Obstipation. Auch fielen ihm bereits die fehlende Krankheitseinsicht, Widerstand gegen Behandlungsversuche sowie Hypermotilität trotz körperlicher Hinfälligkeit auf.

1789 wurde das Krankheitsbild von NADEAU in Frankreich erwähnt, dann jedoch erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts wiederentdeckt und zwar von GULL in England und von LASEGUE in Frankreich. MORTON, GULL und LASEGUE haben übereinstimmend die wesentlichen Krankheitssymptome der Anorexia nervosa erkannt und beschrieben: das fast ausschließliche Betroffensein des weiblichen Geschlechtes mit einem Häufigkeitsgipfel der Erkrankung in der Pubertät, die somatischen Symptome Anorexie bzw. Kachexie, Amenorrhoe und Obstipation, die psychischen Auffälligkeiten der fehlenden Krankheitseinsicht und des daraus resultierenden Widerstandes gegen Behandlungsversuche, sowie Hypermotilität trotz vorhandener Kachexie.

Von wesentlicher Bedeutung ist, daß sowohl GULL als auch LASEGUE

seelisch-geistige Faktoren als Krankheitsursache erkannten. So sprach GULL von einer "Perversion des Ich", LASÈGUE von einer "Abnormität des Intellekts".

1903 berichtete JANET über den Fall "Nadia". Er erkannte in Nadia die Angst der Kranken vor der Übernahme der weiblichen Geschlechtsrolle und eröffnete damit einen ersten Zugang zur Psychogenese der Krankheit.

In der deutschen Medizin blieb das Krankheitsbild zunächst entweder unbeachtet oder es wurde im Sinne eines hysterischen Symptoms verstanden.

1914 erschienen die Aufsehen erregenden Arbeiten des Hamburger Pathologen SIMMONDS ("Über Hypophysisschwund mit tödlichem Ausgang"), die dazu beitrugen, Klassifizierung, Pathogenese und Therapie der Anorexia nervosa unübersichtlich zu machen - wurde sie doch über lange Zeit als funktionelle Hypophyseninsuffizienz und somit als innersekretorische Störung verstanden. Es wurde der gravierende Fehler begangen, beide Krankheitsbilder, - das der Simmonds'schen Kachexie und das der Anorexia nervosa - ätiologisch einander gleichzusetzen, war doch von der körperlichen Symptomatik her eine Ähnlichkeit in vielen Fällen zweifellos vorhanden.

Erst 1918 erschien FREUDs Abhandlung: "Aus der Geschichte einer infantilen Neurose", in der die Magersucht als Neurose bezeichnet wird, welche Sexualabwehr durch Anorexie symbolisch auszudrücken versucht. Allerdings fand dieser entscheidende Beitrag zur Psychogenese des Leidens auf Grund der schon erwähnten häufigen Identifizierung von Simmonds'scher Kachexie und nervöser Anorexie zunächst nur geringe Beachtung.

Nur Vereinzelte widerstanden der verhängnisvollen Gleichsetzung beider Krankheitsbilder. Unter ihnen ist besonders REYE zu erwähnen, der bereits 1920 und später 1926 über Simmondskranke berichtet hatte, die keine Magersucht aufwiesen. Von Bedeutung erscheint ferner die von GROTE und MENG 1934 publizierte Arbeit, die über die Be-

handlung zweier Kranker mit der in einer Universitätsklinik ursprünglich gestellten Diagnose: "Simmonds'sche Krankheit" berichtet.

Die Erkrankung wurde von den Autoren jedoch als Anorexia nervosa erkannt und eine der beiden Patientinnen erfolgreich mit einer Insulinur, die andere psychotherapeutisch mit gutem Erfolg behandelt. Es handelt sich hier erstmalig um die Zusammenarbeit eines Internisten (GROTE) mit einem Psychoanalytiker (MENG) bei der Therapie der Anorexia nervosa.

Aber die Erkenntnis MENGs von der Anorexia nervosa als einer "Organpsychose" und der Psychotherapie als anzuwendender Behandlungsmethode ging zunächst in der Begeisterung über die scheinbaren Hypophysenimplantationserfolge von BERGMANNs bei Anorexia-nervosa-Kranken unter.

BERGMANN erkannte zu spät, daß die angeblich auf der Implantation der Hypophyse als endokrinem Regulator beruhenden Erfolge in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle einer Suggestivwirkung zu verdanken waren.

Die große Verwirrung hinsichtlich der Pathogenese der Anorexia nervosa läßt sich noch bis in die Gegenwartsliteratur hinein verfolgen, obwohl die Kenntnis der psychischen Faktoren für das Entstehen der Erkrankung in den letzten Jahren anhand zahlreicher Untersuchungen vertieft worden ist.

So wurde als einer der wesentlichen psychodynamischen Faktoren der orale Protest erkannt, der sich häufig gegen die Eltern, insbesondere gegen die "nährende" Mutter und die Abhängigkeit von ihr, richtet. Dabei steht die Thematik der Nahrungsaufnahme im Mittelpunkt eines Schuld- und angstbeladenen Ambivalenz-Konfliktes. "Ein persönliches Selbst kann eigentlich nur in einer gleichzeitigen Selbst-Zerstörung realisiert werden. Die Nahrungsablehnung ist gleichsam als Protestversuch gegen die mütterliche Allmacht aufzufassen." (HILTMANN)

Nach ZIOLKO stellt somit das Nicht-Essen eine Selbstbehauptung dar, gilt aber auch als Selbstbestrafung für und als Abwehr gegen oral-aggressive Impulse, die gegen die Umwelt bzw. gegen die frustrierende Mutter gerichtet sind. Damit wird wiederum jegliche Objektbesetzung angsthaft verhindert.

Zu den speziellen Konfliktbereichen gehört auch die Ablehnung der weiblichen Geschlechtsrolle (v. WEIZSÄCKER, BOSS et al.), die sich auf Identifikationsstörungen beziehen läßt, die mit dem Wunsch, ein Junge zu sein (Peniswunsch und -neid) einhergehen. In engem Zusammenhang damit steht das gerade sich in der Pubertätsmagersucht ausdrückende bewußte Festhaltenwollen des Kindseins, wobei durch Nahrungsablehnung versucht wird, gleichsam einen Stillstand der Zeit zu erzwingen. "Man will immer das begünstigte, abhängige Kind bleiben, das unbedroht ist von den Wünschen der Sexualität. Durch Hungern wird versucht, Stillstand zur erzwingen, an einem körperlichen Zipfel die Zeit im Werden festzuhalten und in ein vermeintliches Kindheitsverweilen zu entfliehen."

Auf Grund der Ablehnung der Sexualität wird ein auch körperlich sich dokumentierendes asexuelles Ich-Ideal erstrebt, wie es bereits FREUD erkannte.

Um den so komplexen -, der Krankheit der Anorexia nervosa zugrundeliegenden - psychodynamischen Vorgängen gerecht zu werden, erscheint die psychoanalytisch orientierte Untersuchungstechnik als die Methode der Wahl.

b) Problematik katamnestischer Erhebungen
unter besonderer Berücksichtigung der Anorexia-
nervosa-Kranken

Erst durch sorgfältig durchgeführte Katamnesen ist es möglich, den Verlauf einer Erkrankung über einen längeren Zeitraum zu verfolgen, eventuelle Gesetzmäßigkeiten aufzudecken und therapeutisch wirksame oder unwirksame Faktoren herauszuarbeiten. Weiterhin gibt die katamnestische Erhebung durch Erfassung der Spätzustände einer Erkrankung einen wesentlichen Beitrag zur Ermittlung der Prognose des jeweiligen Leidens, welche gerade bei chronisch verlaufenden Krankheiten von erheblicher Bedeutung ist, wenn der Arzt z. B. Kranke und deren Angehörige zu beraten hat.

Die Möglichkeit eine optimale therapeutische Beeinflussung der entsprechenden Krankheit zu finden, ist eines der wesentlichen Ziele einer derartigen Untersuchung.

Das Resultat der katamnestischen Erhebung wird jedoch von einer Reihe von Schwierigkeiten beeinflusst, deren Vorhandensein oder Fehlen wesentlich zum Gelingen der Untersuchung beitragen. Sie lassen sich in allgemein für jede Katamnese geltende und krankheitsspezifische Probleme gliedern. Zu den Schwierigkeiten allgemeiner Art, denen sich jeder Untersucher, der an die Erstellung einer Katamnese geht, gegenübergestellt sieht, seien u. a. die folgenden aufgeführt:

1. Technische Schwierigkeiten (Herausfinden von Adressen, Namensänderungen (bei Heirat), Anschreiben der Patienten, Anforderung von Krankenblätter etc).
2. Die Festsetzung der Kriterien für die Erfolgsbeurteilung - besonders diffizil bei Erkrankungen, deren katamnestische Beurteilung nicht allein in meßbaren Größen registrierbar ist, wie z. B.

gerade bei der nervösen Anorexie.

3. Die Schwierigkeit, daß in vielen Fällen behandelnder und nachuntersuchender Arzt verschieden sind, sich also der die Katamnese Erhebende hinsichtlich der Vorgeschichte des Patienten nur auf mehr oder weniger exakt geführte Berichte in Krankengeschichten stützen kann.
4. Von nicht unerheblicher Bedeutung dürfte ferner die Art der während der stationären Behandlung stattgehabten Beziehung zwischen Arzt und Patient sein; ferner, ob der Kranke mit der durchgeführten Behandlung einverstanden war oder nicht.
5. Nicht zuletzt spielt für die Aussagekräftigkeit einer katamnестischen Untersuchung auch der Intelligenzgrad sowie die Introspektivität des jeweiligen Patienten eine Rolle.

Krankheitsspezifische Faktoren, die das Ergebnis einer Katamnese zu beeinflussen vermögen, sollen im folgenden an dem hier zu diskutierenden Syndrom der Anorexia nervosa dargestellt werden.

1. Durch die eigenartige Stellung der nervösen Anorexie auf dem schmalen Grenzgebiet zwischen Psychiatrie und Innerer Medizin differieren die zugrundegelegten Beurteilungskriterien je nach der Fachdisziplin, der der jeweilige Untersucher angehört. Der Internist wird sich hauptsächlich auf die Beurteilung des somatischen Zustandes stützen, der Psychiater sein besonderes Interesse auch auf eventuell vorhandene psychopathologische Erscheinungen richten. So ist verständlich, daß internistische Katmnese über "Anorexia nervosa" meist bessere Ergebnisse bzgl. der Heilungsquote aufweisen als psychiatrische. SPEER sah z. B. in 37 Jahren keinen einzigen psychotherapeutischen Erfolg

bei Magersüchtigen, und ZUTT bestritt, daß es überhaupt Heilungen gäbe, nach ihm kann höchstens von Defektzuständen die Rede sein. Allerdings muß wohl ebenfalls darauf hingewiesen werden, daß derartige "Therapieergebnisse" notwendigerweise nicht allein von der Art des vertretenen Faches (Psychiatrie, Innere Medizin) abhängen, sondern ebenfalls von der Zufälligkeit der jeweiligen Fälle wie auch vom therapeutischen Engagement des Behandlers.

2. Besondere Schwierigkeiten bietet die Uneinheitlichkeit des Krankheitsbildes auch vom psychiatrischen Aspekt her, was bei den postpuberal und speziell bei den im Erwachsenenalter sich manifestierenden Formen zum Ausdruck kommt. Das klassische Bild der "Pubertätsmagersucht" erscheint später zuweilen atypisch, - vielfach steht nicht so sehr die Anorexie im Vordergrund der Symptomatologie sondern zahlreiche andere psychopathologische Auffälligkeiten (hypochondrisch-asthenischen, anankastische, depressive, süchtige Züge etc), die nicht nur eine katamnestische Beurteilung der Grundkrankheit sondern bereits die diagnostisch-nosologische Zuordnung sehr erschweren können.

3. Ein weiterer Umstand für die Schwierigkeit, katamnestischer Erhebungen auf dem Gebiet der hier diskutierten Erkrankung dürfte der Tatsache zuzuschreiben sein, daß Kranke, die an einer Anorexia nervosa leiden, im allgemeinen keine Krankheitseinsicht zeigen und teilweise eine raffinierte Bagatellisierung der Symptomatik betreiben. Die chronisch Kranken haben sich vielfach in gewissem Sinn an ihren Krankheitszustand adaptiert, und der die Katamnese durchführende Arzt wird in solchen Fällen oft mit der stereotyp sich wiederholenden Antwort abgefertigt "es geht mir gut, es fehlt mir nichts". Es bleibt der Einfühlungs- und Beobachtungsgabe des Untersuchenden überlassen, gleichsam hinter einer solchen Fassade das Eigentliche, Krankheitsspezifische zu entdecken.

Oft aber, und dies ist besonders interessant, ist es ebenfalls schwierig, Auskunft von Patienten zu erhalten, die geheilt oder gebessert werden konnten. Diese wollen im allgemeinen nicht mehr an die Zeit ihrer Erkrankung, die sie in der Rückschau als eine Periode tiefer Erniedrigung empfinden, erinnert werden. "Ich will mich nicht mehr an diese furchtbare Zeit erinnern , es liegt alles schon so weit zurück - wie ein schrecklicher Traum - " das sind Worte, die man oft von derartigen Patienten zu hören bekommt.

Nach diesen Ausführungen wird verständlich, daß die Anzahl katanestischer Erhebungen bei Anorexia-Nervosa-Kranken in der Fachliteratur nur gering ist, und die niedergelegten Ergebnisse von Autor zu Autor, - oft in extremem Maße - differieren.

B. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

a) Methodik

In den allgemeinen Gesichtspunkten zur Problematik katamnestischer Untersuchungen bei Anorexia-nervosa-Kranken wurde die auffallend geringe Bereitschaft der Patienten erwähnt, sich zu einer entsprechenden Nachuntersuchung zur Verfügung zu stellen. Aus diesem Grund ist in der Mehrzahl der hier besprochenen Fälle so vorgegangen worden, daß die ehemaligen Patienten ohne vorherige Anmeldung zu Hause aufgesucht und um ein persönliches Gespräch gebeten wurden. In den meisten Fällen waren die Aufgesuchten dann auch zu einem solchen Gespräch bereit. Dieses variierte in seiner Dauer zwischen dreiviertel bis zu zwei Stunden. Es wurde im Rahmen des Gespräches versucht, einen Überblick über Entwicklung, Verhalten und Erleben des Einzelnen nach der Entlassung aus der Klinik bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt zu gewinnen. Besonders geforscht wurde nach eventuellen weiteren zwischenzeitlichen Krankenhausaufenthalten im Zusammenhang mit der Anorexia nervosa, sowie danach, ob im Anschluß an die stationäre Behandlung in der Universitäts-Nervenklinik noch eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung erfolgte oder nicht. Weitere Befragungspunkte betrafen Körpergewicht, Menstruation, krankhafte Auffälligkeiten im Bereich des Verdauungssystems im somatischen, ferner das mögliche Vorliegen neurotischer resp. psychotischer Merkmale, Grundstimmung und Vitalität u. a. im psychischen Bereich. Ebenfalls wurde versucht, den sozialen Sektor, also Berufs- und Familienleben, in die Befragung miteinzubeziehen. Die einzelnen Punkte eines solchen "Interviews" waren in einem vorher ausgearbeiteten Fragebogen festgelegt worden, in den die jeweiligen Ergebnisse dann für jeden Patienten gesondert eingetragen wurden.

(Fragebogen s. Anhang S. 119) Von Patienten, die zur Zeit der Katamnese nicht mehr in Berlin wohnten wurde versucht, die jetzige Anschrift zu ermitteln und diese um Ausfüllung und Rücksendung des zugesandten Fragebogens gebeten. Dies war allerdings nur in einem Fall erfolgreich.

Mehrer Patienten waren nicht zu einer Auskunft bereit. Es wurde dann versucht, durch Gespräche mit nahestehenden Dritten - außer in einem Fall handelte es sich sonst um die Eltern der Betroffenen - einen entsprechenden Einblick in den zwischenzeitlichen Krankheitsverlauf zu erhalten.

Schließlich wurden - bei Patienten, die sich zwischenzeitlich nochmals in stationärer Behandlung befunden hatten - die jeweiligen Krankenblätter angefordert, um einen vertieften Einblick in das Krankheitsgeschehen bzw. dessen Begleitumstände zu gewinnen.

Nur drei Patienten hatten sich bereit erklärt, zu einem katamnestischen Gespräch in die Klinik zu kommen, zwei von ihnen jedoch nur unter der Bedingung, daß der die Katamnese erhebende Arzt mit dem sie seinerzeit behandelnden identisch war.

Die Kriterien der Erfolgsbeurteilung:

Für die Beurteilung der Ergebnisse der katamnestischen Untersuchung wurden - nach Modifizierung - im wesentlichen die gleichen Kriterien zugrundegelegt, wie sie bereits seinerzeit bei Entlassung aus der Klinik von STEINBORN zur Angabe des Therapieerfolges festgesetzt worden waren. Es wurde eine Einteilung nach folgenden vier Stufen getroffen:

1. geheilt

- a) körperlich : normgewichtig, regelmäßige Menses.
- b) psychisch : stabilisiert, Antrieb normal, lebensbejahende Einstellung, normalisierte Einstellung zur Nahrungsaufnahme.
- c) sozial : Umweltkontakte gut, volle Arbeitsfähigkeit.

2. gut gebessert

- a) körperlich : noch leichte Untergewichtigkeit, leichte Unregelmäßigkeiten im Zyklus.
- b) psychisch : gelockert im Ausdrucksverhalten, Antrieb noch etwas vermindert, weitgehend normalisierte Einstellung zur Nahrungsaufnahme.
- c) sozial : Umweltkontakte gut, im erlernten oder gleichwertigen Beruf arbeitsfähig.

3. mäßig gebessert

- a) körperlich : stärkere Untergewichtigkeit als bei 2a), noch erhebliche Unregelmäßigkeiten im Zyklus bzw. u. U. Amenorrhoe, meist Obstipation.
- b) psychisch : verminderter Antrieb, Widerstand gegen Nahrung nicht ganz beseitigt bei zwar spontaner Nahrungsaufnahme, Hervortreten neurotischer Züge.
- c) sozial : Umweltkontakte eingeschränkt, meist nur partielle Arbeitsfähigkeit.

4. chronisch bzw. verschlechtert

- a) körperlich : starke Untergewichtigkeit, Amenorrhoe, Obstipation.

- b) psychisch : mangelhafte Krankheitseinsicht, Einstellung zur Nahrungsaufnahme stark gestört, negative Lebenseinstellung, häufig anankastische Züge.
- c) sozial : Umweltkontakte gering oder gar nicht vorhanden, nur beschränkte Arbeitsfähigkeit oder überhaupt nicht arbeitsfähig.

b) Untersuchungsgut

Es handelt sich um ursprünglich 51 Patienten (50 weibliche, ein männlicher Patient), die in dem Zeitraum zwischen 1951 und Mai 1966 in der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der FU Berlin unter der Diagnose : "Anorexia nervosa" - in der überwiegenden Zahl stationär (43) behandelt wurden. 8 Patientinnen wurden nur ambulant untersucht und als Anorexien diagnostiziert.

Die Krankheitsbilder der einzelnen Patienten sind ausführlich in der Dissertation von A. STEINBORN : "Anorexia nervosa" (1969) dargestellt. Die Numerierung der Patienten der hier vorgelagten Untersuchung entspricht der der erwähnten Voruntersuchungen von STEINBORN. Die dort getroffene Einteilung der Patienten in drei verschiedenen Gruppen je nach dem Erkrankungsalter wurde in dieser Arbeit zweckmäßigerweise beibehalten, da auch hinsichtlich der gewonnenen Endergebnisse in der katamnestischen Beurteilung die Gruppen ein voneinander abweichendes Bild erkennen lassen.

Patientin Nr. 51 wurde von STEINBORN nicht erwähnt, da diese erst im Juli 1966 zur stationären Aufnahme gekommen war. Sie wäre hinsichtlich des Erkrankungsalters der dritten Gruppe zuzuordnen und als

besonders schwerer Erkrankungsfall zu bewerten mit hochgradig ausgeprägter Kachexie, Amenorrhoe und Obstipation sowie einer seit frühester Kindheit bestehenden ausgeprägten psychopathologischen Symptomatik.

Eine zusammenfassende Charakteristik der einzelnen Gruppen, wie sie sich zu Beginn der Behandlung darstellten, soll eine Übersicht über die Ausgangssituation geben:

Gruppe I umfaßte 22 Patienten, bei denen das Erkrankungsalter zwischen dem 13. und 18. Lebensjahr lag. Es handelte sich also um Patienten, die an einer typischen Pubertätsmagersucht litten. Diese Gruppe war die zahlenmäßig stärkste. Ihr gehörte auch der einzige männliche Patient des hier besprochenen Krankengutes an. 19 Patienten waren als besonders schwere Erkrankungsfälle zu bewerten, mit zum Teil hochgradig ausgebildeter Anorexie bis hin zur Kachexie, Amenorrhoe, meist Obstipation sowie charakteristischen psychopathologischen Veränderungen.

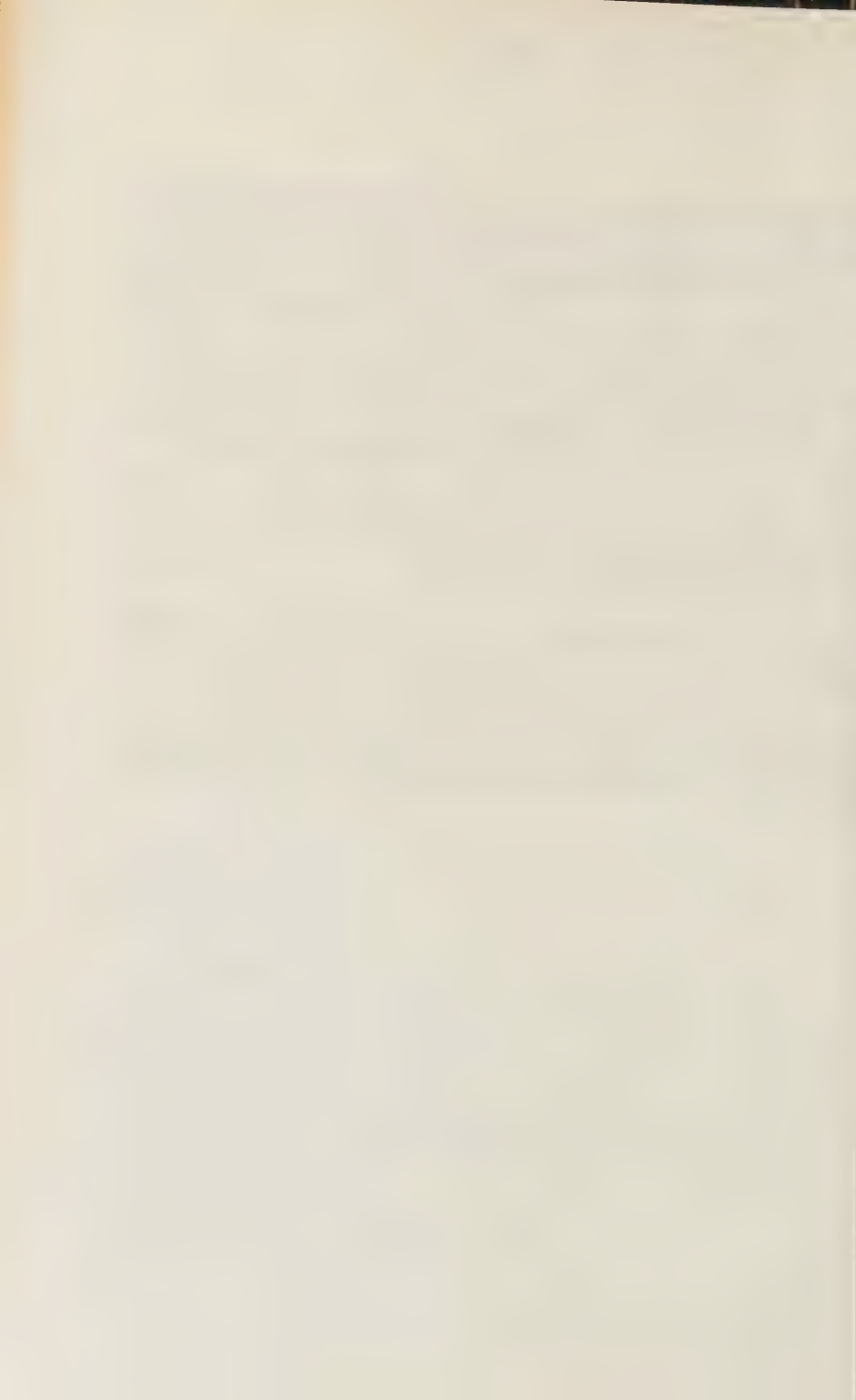
5 Patienten dieser Gruppe mußten nach der Entlassung nochmals zu einer stationären Behandlung aufgenommen werden, da es zu Rezidiven gekommen war.

Das Erkrankungsalter der zweiten Gruppe lag zwischen dem 19. und dem 25. Lebensjahr. Sie umfaßte 18 Patientinnen, von denen nach der zugrunde liegenden Symptomatik nur noch 9 - als für Anorexia nervosa typische Fälle - bezeichnet werden konnten. Bei den restlichen 9 Patientinnen handelte es sich um leichtere Erkrankungen. Aus dieser Gruppe mußte nur eine Patientin wegen eines Rezidivs noch einmal aufgenommen werden.

3 Patientinnen wurden nur ambulant untersucht.

Die dritte Gruppe war mit 10 Patientinnen zuzüglich einer weiteren (Nr. 51) die zahlenmäßig schwächste. Der Erkrankungsbeginn fiel bei allen in das Erwachsenenalter - nach dem 26. Lebensjahr. Unter diesen 11 Patientinnen, die sämtlich katamnestisch erfaßt werden konnten imponierten nur noch 2 Fälle im typischen Sinn des Anorexie-syndroms. Bei den restlichen 9 handelte es sich um atypische Krankheitsbilder, bei denen schwere psycho-neurotische Symptome dominierten. Speziell fanden sich hypochondrisch-asthenische Wesenszüge, sowie angst- und zwangsneurotische Auffälligkeiten. Das Ausmaß der Gewichtsreduktion entsprach im allgemeinen nicht der Schwere des psychopathologischen Zustandsbildes.

Folgende synoptische TABELLE Nr. 1 gibt - in Anlehnung an STEIN-BORN - eine informative Übersicht über die wichtigsten Befunde der einzelnen Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik bzw. bei Vornahme der ambulanten Untersuchung. Ferner sind Art und Dauer der Therapie sowie der Entlassungsbefund daraus ersichtlich.



LESLIE



Von den insgesamt 51 Patienten wurden also:

- a) 29 unmittelbar katamnestisch untersucht,
- b) 8 nur mittelbar (über Aussagen Dritter, Briefwechsel, Zusendung eines entsprechenden Fragebogens) erreicht,
- c) 7 waren in der Zwischenzeit verstorben,
- d) 7 nicht erreichbar (vgl. Tabelle Nr. 2).

TABELLE 2 : Katamnestische Erfassung der Patienten

GRUPPE	Direkt	INDIREKT		Verstorben	Nicht erreicht	Gesamt
		Fragebogen, Briefe	Über Dritte			
I	13	1	4	1	3	22
II	9	1	1	3	4	18
III	7	—	1	3	—	11
GESAMT	29	2	6	7	7	51

Die Zeitspanne zwischen Krankenhausentlassung und Erhebung der Katamnese liegt zwischen 4 und 19 Jahren - im Durchschnitt bei 9 Jahren - und verteilt sich anteilmäßig auf die einzelnen Gruppen wie tabellarisch angegeben :

TABELLE 3 : Zeit zwischen Krankenhausentlassung und Katamnese
(die in der Zwischenzeit verstorbenen Patienten sind
in der Tabelle nicht berücksichtigt).

GRUPPE	4-5 Jahre	6-10 Jahre	über 11 Jahre
I	3	7	8
II	4	6	1
III	3	4	1
ANZAHL	10	17	10

I. MEDIZINISCHER BEREICH

a) Somatisch

1. Körpergewicht

Bei 15 der in Gruppe I erfaßten Patienten bestand zum Zeitpunkt der Katamnese Normgewichtigkeit. Die Gewichts Differenz zwischen dem seinerzeitigen Entlassungsgewicht und dem zur Zeit der katamnestischen Erhebung angegebenen lag zwischen dem Minimalwert von plus 7, 0 kg und dem Maximalwert von plus 19, 5 kg (bei dem männlichen Patienten der Gruppe). 2 Patientinnen wiesen eine Übergewichtigkeit auf (10, 14). Das konstatierte Körpergewicht betrug im ersten Fall bei einer Größe von 1, 61 m. und einem Sollgewicht von 53, 2 kg ca. 67-68 kg, im zweiten bei einer Größe von 1, 57 m und einem Sollgewicht von 50, 9 kg ca. 64, 0 kg. Beide Patientinnen gaben an, daß der Appetit schlecht sei und negierten das Vorliegen von Heißhungerattacken oder Polyphagie.

Es erhebt sich die Frage:woher resultiert die starke Übergewichtigkeit? Antwort: im ersten Fall liegt eine schwere, doppelseitige Hüftgelenkerkrankung vor, aufgrund derer die Patientin überwiegend bettlägerig ist; sie erhielt über einen längeren Zeitraum regelmäßig anabole Hormone und jetzt seit geraumer Zeit Östrogene.

Im zweiten Fall handelt es sich um eine Patientin, bei der sich aus der ursprünglichen Anorexia nervosa eine Hyperorexie entwickelt hat, deretwegen sie in den letzten sechs Jahren bereits mehrfach in stationärer, nervenklinischer Behandlung gewesen ist. Bei der letzten Aufnahme 1968 wurde die Diagnose: "Hyperorexie bei neurotischer Fehlentwicklung, Konversionssymptomatik" gestellt. Seit 1967 waren bei der Patientin Heißhungerattacken aufgetreten, die so stark waren, daß sie sich gezwungen fühlte, sogar nachts aufzustehen, um ihre Hungerge-

fühle zu befriedigen. In dieser Zeit war das Körpergewicht innerhalb von 5 Monaten um 10 Kilogramm angestiegen. Wie bereits erwähnt gab die Patientin bei der katamnestischen Untersuchung an, keine normalen Hungergefühle zu haben, auch seit längerer Zeit keine Heißhungeranfälle mehr, sie habe nur selten Appetit und sogar den Wunsch, zuzunehmen.

Es wird am Ende dieser Arbeit - im Rahmen der Diskussion der Gesamtbefunde dieser Untersuchung - noch auf die hier vorliegende Problematik des Symptomenkomplexes : "Anorexie -Hyperorexie" eingegangen.-Nur eine Patientin der ersten Gruppe wies mit einem registrierten Körpergewicht von 47 Kilogramm eine stärkere Untergewichtigkeit auf (9).

Im allgemeinen gesehen, ist die Zunahme des Körpergewichts im Vergleich zwischen Entlassungs- und katamnestisch angegebenem Gewicht bei den Patienten dieser Gruppe ausgeprägter als bei den beiden anderen Gruppen. Es hängt dies sicher unter anderem damit zusammen, daß 1. alle in dieser Gruppe aufgeführten Patienten in einem Alter zwischen 13 und 18 Jahren zur Behandlung kamen und folglich vielfach noch nicht die endgültige Körpergröße und das entsprechende Gewicht erreicht und 2. gerade die Patienten dieser Gruppe einen besonders ausgeprägten Gewichtsverlust aufgewiesen hatten.

Außer 3 Patientinnen (23, 34, 39) waren alle anderen katamnestisch Untersuchten der zweiten Gruppe untergewichtig, obwohl die Mehrzahl das Entlassungsgewicht in der Zwischenzeit erhöht hatte. So lag die Differenz zwischen Entlassungs - katamnestisch angegebenem Gewicht zwischen plus 8 und plus 5 Kilogramm. Bei 3 Patientinnen war in der Zwischenzeit ein weiterer Gewichtsverlust eingetreten, und zwar um ca. minus 2 - 3 Kilogramm (24, 25) und um minus 5

Kilogramm (35). Diese 3 Fälle zeigen das Bild einer chronisch verlaufenden Anorexie.

Auch bei den Patientinnen der dritten Gruppe lag das katamnestisch ermittelte Gewicht in Bezug auf das Sollgewicht ausnahmslos an der unteren Grenze der Norm bzw. darunter. Die Differenz zwischen Entlassungsgewicht und Gewicht bei Katamnese betrug zwischen plus 13 (45) Kilogramm und plus 0,7 Kilogramm (48). Eine Patientin (46) wies einen weiteren zwischenzeitlichen Gewichtsverlust von minus 2,6 Kilogramm auf, und ist katamnestisch im Sinne einer chronischen Anorexia nervosa zu bewerten.

Demnach zeigt das katamnestische Untersuchungsergebnis in Bezug auf das Verhalten des Körpergewichts folgendes:

1. Mehr als die Hälfte der Patienten sind normgewichtig,
2. von ihnen gehört der überwiegende Teil (80%) der ersten Patientengruppe (Pubertätsmagersucht) an.
3. 2 Patienten - beide der ersten Gruppe zugehörig - weisen Übergeichtigkeit auf.

Die folgende Tabelle soll einen Überblick geben über die im Rahmen der katamnestischen Untersuchung ermittelten Verhältnisse hinsichtlich des Körpergewichtes innerhalb der einzelnen Gruppen sowie insgesamt.

TABELLE 4 : Körpergewicht bei der katamnestischen Erhebung

GRUPPE	Normgewicht	Gewichtsverlust in %			Übergewicht
		bezogen auf Sollgewicht			
		bis 10 %	11-30 %	über 30 %	
I	15	—	1	—	2
II	3	—	5	3	—
III	—	1	7	—	—
GESAMT	18	1	13	3	2

Im Vergleich zum Verhalten des Körpergewichtes bei der Aufnahme in die Klinik ergibt sich folgendes:

Bei der Aufnahme in die Klinik zeigte der prozentuale Gewichtsverlust innerhalb der drei Gruppen keine eminenten Differenzen, bei der Katamnese hingegen bestehen erhebliche Unterschiede hinsichtlich des Gewichtsverhaltens. So haben die Patienten der ersten Gruppe in der Mehrzahl Normgewichtigkeit erreicht, in den beiden anderen Gruppen hingegen imponiert der überwiegende Teil der Patienten weiterhin im Sinne einer Untergewichtigkeit.

2. Menstruation

Angaben zu diesem Befragungspunkt liegen von 14 Patientinnen der ersten Gruppe vor. Es ergab sich folgendes Resultat:

9 Patientinnen gaben an, einen regelmäßigen Zyklus zu haben ohne pathologische Auffälligkeiten. 6 von ihnen hatten zeitweilig entsprechende Medikamente bzw. Hormoninjektionen erhalten. Bei weiteren 4 waren die Menses zwar wieder aufgetreten, zeigten jedoch erhebliche Unregelmäßigkeiten. Bei einer von ihnen (8), die im Alter von 14 Jahren an einer schweren Anorexia nervosa erkrankt war - bei gleichzeitigem Vorliegen einer primären Amenorrhoe - ist die Menarche nach einem Krankheitsverlauf von über 10 Jahren spontan im Alter von 28 Jahren aufgetreten.

Eine Patientin (1) war bereits seit Jahren amenorrhöisch. Interessanterweise handelt es sich bei ihr um den einzigen Fall dieser Gruppe, bei dem seinerzeit nach nur vierwöchiger klinischer Behandlung in der Universitäts-Nervenklinik die Menses spontan wieder eingesetzt hatten. Jahre später war es zu Rezidiven gekommen, bei denen weniger die

nervöse Anorexie als vielmehr ein - auch bei der katamnestischen Untersuchung - im Vordergrund der Symptomatik stehendes schweres depressives Krankheitsbild imponierte.

In der zweiten Gruppe bestand bei 4 der katamnestisch Nachuntersuchten eine Amenorrhoe. (24, 25, 33, 35). Der gleiche Befund hatte auch bei der seinerzeitigen Aufnahme in die Universitäts-Nervenklinik vorgelegen. Bei einer anderen Patientin (28), die amenorrhöisch gewesen war, waren die Menses zwar in der Zwischenzeit wieder aufgetreten, jedoch nur schwach und alternieren. Bei der Patientin 34 lagen bereits seit der Menarche Unregelmäßigkeiten im Zyklusgeschehen vor, - diese bestanden auch zum Zeitpunkt der Katamnese unverändert.

4 Patientinnen gaben an, einen regelmäßigen Zyklus zu haben (23, 29, 37, 39) - bei einer hatte nie eine Amenorrhoe bestanden (37), in den beiden anderen Fällen hatten die Menses über drei bzw. über fünf und sechs Jahre sistiert.

Mehrere Patientinnen waren zwischenzeitlich erfolglos mit Hormonpräparaten, eine mit zeitweilig geringem (33), eine weitere mit Erfolg (23) medikamentös behandelt worden.

Bemerkenswert ist, daß bei dem eineiigen Zwillingsspaar dieser Gruppe (24, 25) die Menarche bei beiden im Alter von zwölf Jahren aufgetreten war und sich nach dreimaligen Menstruationen eine sekundäre Amenorrhoe eingestellt hatte. Die eigentliche Symptomatik der Anorexia nervosa war jedoch erst um die Zeit der Pubertät herum - im 18. Lebensjahr - aufgetreten und hatte sich bis zum Vorliegen des voll ausgeprägten Krankheitsbildes durch lange Jahre hindurch schleichend entwickelt. Hier war also die Amenorrhoe der erst sehr viel später manifest werdenden Krankheit um Jahre vorausgegangen. Bei beiden Schwestern ist es - trotz zahlreicher medikamentöser Versuche - nicht gelungen, eine nochmalige menstruelle Blutung hervorzurufen. In einem gynä-

kologischen Untersuchungsbefund wird die Meinung geäußert, daß es sich unter Umständen um ein "verfrühtes Klimakterium" unklarer Genese handeln könnte.

Über eine Patientin, die eine katamnestische Untersuchung verweigerte (26) und über deren Krankheitsverlauf nur anhand des Krankenblattes einer Klinik, in der sie vor kurzem wegen eines Rezidives der Anorexia nervosa stationär behandelt worden war die wichtigsten Daten in Erfahrung gebracht werden konnten, fanden sich bzgl. der Menstruation keine Angaben. Da bei der Betreffenden jedoch ein ausgeprägt chronischer Verlauf der Grundkrankheit vorliegt und bereits seinerzeit bei der Behandlung in der Universitäts-Nervenklinik eine sekundäre Amenorrhoe bestanden hatte, darf vermutet werden, daß diese auch weiterhin besteht.

Von den Untersuchten der dritten Gruppe wurde in 2 Fällen bei der Katamnese das Vorliegen einer Amenorrhoe angegeben (42, 46). 4 Patientinnen hatten einen regelmäßigen Zyklus, von diesen waren 3 zur Zeit der klinischen Behandlung amenorrhöisch gewesen. Eine Patientin klagte über erhebliche Unregelmäßigkeiten - bei ihr hatte jedoch nie eine Amenorrhoe vorgelegen. In einem Fall (41) über den nur indirekt durch die Tochter der Betreffenden Aussagen erhalten werden konnten, kann bezüglich der Menstruation keine Angaben gemacht werden. Es ist nur bekannt, daß bei der Patientin zum Zeitpunkt der klinischen Behandlung eine sekundäre Amenorrhoe vorlag. Aus dem Bericht der Tochter ist zu entnehmen, daß die Mutter an einer chronischen Anorexia nervosa leidet. Eine Hormontherapie war bei keiner Patientin dieser Gruppe durchgeführt worden.

Demnach zeigt die katamnestische Untersuchung folgendes Ergebnis:

1. von insgesamt 31 untersuchten Patientinnen haben 17 einen regelmäßigen Zyklus ohne medikamentöse Stimulation. Mehr als die Hälfte gehören der ersten Untersuchungsgruppe an.

2. Eine Amenorrhoe liegt bei 7 Patientinnen vor, - von diesen sind 4 der zweiten Untersuchungsgruppe zugehörig.
3. Bei weiteren 7 Patientinnen bestehen Unregelmäßigkeiten im Zyklusgeschehen.

TABELLE 5 : Menstruation bei 31 katamnestisch untersuchten Patientinnen.

GRUPPE	Patienten	Amenorrhoe	Regelm. Menses	Unregelm. Menses
I	14	1	9	4
II	10	4	4	2
III	7	2	4	1
ANZAHL	31	7	17	7

Im Vergleich zu früher imponiert katamnestisch besonders die völlige Änderung der bei Klinikaufnahme bestehenden Verhältnisse in der ersten Patientengruppe. Hatte damals bei allen Patientinnen eine Amenorrhoe vorgelegen, so bestand bei der Katamnese nur noch in einem Fall Amenorrhoe, - die Mehrzahl menstruiert regelmäßig ohne medikamentöse Stimulation. Demgegenüber weist nahezu die Hälfte der Patientinnen der zweiten Gruppe katamnestisch eine Amenorrhoe auf, - das entspricht zwar nicht mehr ganz den Verhältnissen wie sie bei der stationären Aufnahme vorlagen, (damals waren 2/3 amenorrhöisch gewesen), zeichnet aber dennoch im ganzen gesehen ein weniger günstiges Bild.

Die Patientinnen der dritten Gruppe schließlich zeigen - im Gegensatz zum Befund bei Klinikaufnahme - eine gewisse Besserungstendenz.

3. Verdauungssystem

Obstipation, Erbrechen, Völlegefühl

Bei 8 Patienten der ersten Gruppe bestand eine Obstipation (1, 2, 8, 10, 14, 16, 18, 21). Von diesen erklärten 5, nur mit Einnahme von Laxantien eine regelrechte Verdauung herbeiführen zu können. (1, 2, 10, 16, 18). Eine weitere Patientin klagte über Diarrhoen (9). Nur 4 der aus der ersten Gruppe Befragten hatten keine Störungen im Bereich des Intestinaltraktes, speziell im Sinne des Vorliegens einer Obstipation.

In 5 Fällen, über die nur indirekt Aussagen erhalten wurde, konnte die Frage bezüglich des möglichen Vorliegens einer Obstipation nicht beantwortet werden.

12 Patienten der ersten Gruppe gaben an, weder unter Erbrechen noch unter Brechreiz zu leiden (1, 2, 4, 5, 9, 10, 15, 16, 19, 20,

21, 22). Über häufiges Erbrechen klagten 2 Patienten (14, 18). Die eine (14), die zur Zeit gravide ist, befindet sich wegen angeblich äußerst hartnäckigen Erbrechens in laufender ärztlicher Behandlung. Es handelt sich in diesem Fall um ein kompliziertes Krankheitsbild, bei dem sich aus der ursprünglich vorhandenen Anorexia nervosa eine Hyperorexia nervosa entwickelt hatte. Auf die Symptomatologie dieses Krankheitsfalles wird in der Diskussion noch ausführlicher eingegangen. Von der anderen Patientin (18) wird das häufige Erbrechen auf eine angeblich seit längerer Zeit bestehenden Cholecystitis zurückgeführt. Nur noch selten leidet eine weitere Patientin (8) unter Erbrechen und Übelkeit. Bei ihr hatte über zehn Jahre ein äußerst schwerer, zu häufigen Rezidiven führender Verlauf der Grundkrankheit vorgelegen. Seit ihrer Heirat vor zwei Jahren zeichnet sich eine deutlich zunehmende Besserungstendenz ab. Zu Erbrechen kommt es seit längerem nur noch im Anschluß an vereinzelt auftretenden Attacken durchbruchhafter Eßimpulse.

In der zweiten Gruppe litten 6 Patienten an einer hartnäckigen Obstipation (2, 25, 28, 33, 35, 39), eine weitere gab an, hin und wieder obstipiert zu sein (23). 3 der Untersuchten konnten eine Verdauung nur durch Einnahme von Laxantien erzielen (25, 28, 35). Nur 3 Patienten hatten ohne Einnahme entsprechender Medikamente eine regelmäßige Verdauung (34, 37, 29). Erbrechen war in 5 Fällen vorhanden (24, 25, 28, 35, 37), bei 2 Patienten auch artefiziell (24, 25). Die gleichen Patienten gaben an, häufig unter Völlegefühl zu leiden.

Nur bei einer Patientin der dritten Gruppe war die Verdauung ohne Einnahme von Laxantien regelrecht (47). Bei 6 weiteren lag eine äußerst hartnäckige Obstipation vor, die nur durch ständige Einnahme entsprechender Medikamente oder Vornahme drastischer Maßnahmen zu beherrschen ist. So erhält eine Patientin zweimal wöchent-

lich vom Hausarzt eine Prostigmininjektion, außerdem macht sie sich selber häufig Glycerineinläufe und nimmt regelmäßig Laxantien. Es handelt sich in diesem Fall um das Krankheitsbild einer schweren hysteriformen Neurose mit ausgeprägter anorektischer Komponente und Medikamentenabusus (46).

Über Obstipation im Wechsel mit Diarrhoen klagte eine andere Patientin. 2 Patienten (41, 46) litten unter Übelkeit und häufigem Erbrechen.

Demnach ergibt die katamnestische Untersuchung folgendes:

1. Eine Obstipation besteht bei 20 Patienten, 10 Patienten haben eine regelmäßige Verdauung, von 7 weiteren wurden keine Angaben gemacht.
2. Regelmäßiger Laxantiengebrauch wurde von 14 Patienten angegeben, 16 nehmen keine derartigen Mittel, 7 machten keine Angaben.
3. Erbrechen besteht rezidivierend noch bei insgesamt 10 Patienten, von 6 konnten keine entsprechenden Angaben erhalten werden.

TABELLE 6 : Angaben über den Intestinaltrakt

G R U P P E	Obstipation	Regelm. Laxantiengebrauch	Erbrechen
I	8	5	3
II	6	3	5
III	6	6	2
Keine Angaben	7	7	6

Im Vergleich zu früher ist der relativ hohe Anteil von Patienten mit Obstipation sowie regelmäßigem Laxantiengebrauch praktisch derselbe geblieben, aber auch Erbrechen ist in Relation zum Befund bei der stationären Aufnahme noch bei einer erheblichen Zahl von Patienten zu registrieren.

4. Verhalten zur Nahrung

Störungen im Verhältnis zur Nahrung fanden sich katamnestisch in verschieden starkem Ausmaß bei 9 Patienten der ersten Gruppe (1, 2, 4, 5, 8, 14, 18, 21, 22). Sie bezogen sich hauptsächlich auf Aversionen gegen bestimmte Nahrungsmittel, sowie auf die Furcht, zu dick zu werden. Nahrungsmittel, gegen die ein ausgesprochener Widerwille bestand waren: fettes Fleisch, Butter, Eier, Brot und andere Teigwaren.

Eine Patientin (8), bei der eine äußerst schwere Form der Mager-sucht vorgelegen hatte - es war wegen des lebensbedrohlichen Zustandes seinerzeit Zwangsfütterung nötig geworden - gab an, immer noch keine Eier und keine Speisen wie z. B. Pudding oder Schlagsahne zu sich nehmen zu können. Bei der gleichen Patientin konnten ferner - trotz der relativ guten Besserung des ursprünglichen Krankheitsbildes - noch weitere Auffälligkeiten im Verhalten zur Nahrung eruiert werden. So ißt sie erst seit einem Jahr wieder Fleisch und nimmt auch seitdem erst wieder regelmäßig warme Mahlzeiten zu sich - weiterhin ist bemerkenswert, daß die Patientin immer noch, -gleichsam wie unter Zwang- große Mengen von Nahrungsmitteln hortet und sich hin und wieder, besonders im Zuge psychischer Verstimmungszustände einschließt, um sich einer Polyphagie hinzugeben, auf die konsekutiv meist Erbrechen folgt.

Eine Patientin, bei der sich aus der ursprünglichen Anorexie eine vorwiegende Hyperorexie entwickelt hatte, deretwegen sie in der Zwischenzeit zweimal stationär nervenklinisch behandelt worden war gab an, schon seit langem keine Heißhungerattacken mehr zu haben - auch kaum Appetit, außerdem bestünde eine Aversion gegen Butter, Eier und Fleisch (14).

Trotz dieser Aussagen bietet die Patientin das Bild einer starken Übergewichtigkeit.

Eine bereits in anderem Zusammenhang erwähnte Patientin soll im Anschluß an die stationäre Behandlung längere Zeit eine Polyphagie gezeigt haben, ohne daß es jedoch zu einer Gewichtszunahme gekommen sei. Jetzt habe sich das Verhalten zur Nahrung jedoch völlig normalisiert (5).

8 Patienten der zweiten Gruppe wiesen Störungen im Verhältnis zur Nahrung auf, 4 davon in ausgeprägten Graden. Bei letzteren handelt es sich um Patienten mit einem chronischen Verlauf der Grundkrankheit. Mit voller Absicht und Berechnung werden Kohlehydrat-reiche Nahrungsmittel, wie z. B. Kartoffeln und Teigwaren gemieden und nur minimale Fettportionen verbraucht.

Bei allen besteht mehr oder weniger ausgeprägt die Angst zuzunehmen. Von einer Patientin wurde die Problematik dieser Situation folgendermaßen formuliert: "... wenn ich mich im Spiegel sehe, finde ich mich derart unästhetisch dünn, daß es mich anekelt - vom seelischen Empfinden her komme ich mir jedoch immer noch zu dick vor." (24)

Gehäufte Heißhungerattacken wurden von 3 Patienten angegeben, eine weitere gab an, hin und wieder, im ganzen jedoch selten unter Polyphagie zu leiden. Eine Patientin vermeidet bewußt das gemeinsame Essen mit anderen (28).

Die pathologischen Auffälligkeiten hinsichtlich des Verhaltens zur Nahrung sind auch in der dritten Patientengruppe prinzipiell die gleichen wie in den bereits besprochenen. Sie bestehen bei 6 der Befragten. Ein besonders schweres pathologisches Bild bieten 2 Patientinnen, beide mit einer chronischen Verlaufsform der Grundkrankheit (42, 46). Katamnestisch war bei der einen besonders die Angabe aufgefallen, daß sie keine Hungergefühle kennt, weder Fleisch noch

Brot oder Kartoffeln ißt und hauptsächlich von "Obstsäften aus dem Reformhaus und einem Schälchen Puffreis" am Tage lebt (42).

Auch die andere Patientin (46) weist schwere Störungen im Verhalten zur Nahrung auf : Aversion gegen Fett und Fleisch, Übelkeit und Erbrechen, Völlegefühl, sowie ausgeprägte Krampfstände im Magen-Darm-Bereich. Hauptsächlich von Gemüse und Fleisch lebt eine weitere Patientin die es nach Aussagen der Tochter auch ablehnt, Teigwaren zu essen (41). Nur von 2 Patienten wurden keine Störungen im Bezug zur Nahrung angegeben. Bei beiden konnte katamnestisch eine gute Besserung der Grundkrankheit konstatiert werden.

Zusammenfassend ergibt sich katamnestisch im Hinblick auf Störungen im Verhältnis zur Nahrung folgendes:

eine bewußte Nahrungseinschränkung besteht noch bei 10 der 37 Patienten, - von diesen gehören insgesamt 8 der zweiten und dritten Patientengruppe an. Aversionen gegen bestimmte Nahrungsmittel haben 14 Patienten. Wiederum entfällt der Hauptanteil auf die zweite und dritte Gruppe (45 bzw. 50 %). Phasenweise Bulimie wurde bei 12 Patienten registriert, - auch hier prävalieren anteilmäßig die zweite und dritte Patientengruppe. Eine vorwiegende Hyperphagie besteht nur in einem Fall, in dem sich aus der ursprünglichen Anorexia nervosa eine Hyperorexia nervosa entwickelt hatte.

TABELLE 7 : Verhalten zur Nahrung

	GRUPPE	V O R H A N D E N			N I C H T V O R H A N D E N			G E S A M T	
		I	II	III	I	II	III	Vorhanden	N. Vorhanden
Aversion gegen bestimmte Nahrungsmittel		5	5	4	13	6	4	14	23
Phasenweise Bulimie		4	4	4	14	7	4	12	25
Vorwiegend Hyperphagie		1	—	—	17	11	8	1	36
Bewusste Nahrungseinschränkung		2	5	3	16	6	5	10	27

Im Vergleich zu früher fällt auf, daß

1. die bewußte Nahrungseinschränkung - sie war seinerzeit bei allen Patienten vorhanden gewesen - erheblich zurückgegangen ist, jedoch immer noch bei einem Viertel der untersuchten Patienten besteht. Diese Patienten weisen sämtlich einen chronischen Verlauf bzw. nur eine mäßige Besserung der Grundkrankheit auf,
2. die Aversion gegenüber bestimmten Nahrungsmitteln wesentlich zugenommen hat,
3. ein prozentualer Anstieg der phasenweisen Bulimie zu registrieren ist,
4. auch katamnestisch nur in einem Fall eine vorwiegende Hyperphagie besteht, (die Patienten sind nicht identisch).
5. Krankenhausaufenthalte wegen Anorexia nervosa, Organische Erkrankungen, Ambulante Behandlungen

Es wurde exploriert, ob ein Patient sich nach der von STEINBORN berichteten Entlassung aus der Universitäts-Nervenlinik nochmals und eventuell mehrfach wegen der Anorexia nervosa oder in unmittelbarem Zusammenhang mit ihr stehender Symptomatik in klinischer Behandlung befunden hatte.

Folgende Ergebnisse wurden gewonnen:

Gruppe I: Wegen eines einmaligen Rezidivs der nervösen Anorexie waren 3 Patienten (2, 9, 21) zwischenzeitlich nochmals stationär behandelt worden, - 3 weitere (1, 8, 14) hatten sich wegen mehrfacher Rezidive wiederholt in klinischer Behandlung befunden. So war Patientin (1) mehrmals für längere Zeit wegen schwerer neurotischer Depressionen in nervenklinischer Behandlung gewesen. Die anorektische Symptomatik war bei ihr zugunsten der Depression weitgehend in den Hintergrund getreten.

Weil sich bei ihr aus der Anorexia nervosa im Laufe der Jahre eine vorwiegende Hyperorexia nervosa entwickelt hatte, war die Patientin 14 mehrfach stationär behandelt worden.

Die Patientin 8, bei der es bereits sechs Monate nach der Behandlung in der Universitäts-Nervenklinik zu einem schweren Rezidiv gekommen war, das eine nochmalige stationäre Behandlung in oben erwähnter Anstalt erforderlich gemacht hatte, war nach nur kurzem Aufenthalt zu Hause erneut erkrankt und dann über einen Zeitraum von zwei Jahren in einem psychagogischen Heim in der BRD behandelt worden. Nochmals war es zu einem Rezidiv gekommen, als die Patientin für ca. ein halbes Jahr zu Hause gewesen war, so daß wiederum stationäre Behandlung in erwähntem Heim - diesmal für einundeinhalb Jahre nötig wurde.

Gruppe II: In dieser Gruppe war eine Patientin (39), - sie hatte seinerzeit eine stationäre Aufnahme in die Universitäts-Nervenklinik abgelehnt - bereits einige Monate nach der ambulanten Untersuchung wegen einer schweren Anorexia nervosa nervenklinisch behandelt, jedoch bereits nach sechs Wochen in nur mäßig gebessertem Zustand auf eigenen Wunsch wieder entlassen worden.

5 Patienten (24, 26, 35, 28, 23) hatten sich wiederholt in stationärer Behandlung befunden, bei 4 von ihnen (24, 26, 28, 35) handelt es sich um eine chronische Verlaufsform der Anorexie, - die Patientin (28) leidet außerdem noch an einer in den letzten Jahren aufgetretenen symptomatischen Epilepsie, die nach Ansicht der behandelnden Ärzte auf jahrelangen chronischen Medikamentenabusus zurückzuführen ist.

Gruppe III: Nur bei einer Patientin (42) steht die kurzfristige stationäre Behandlung im Zusammenhang mit der nervösen Anorexia. Zur Aufnahme hatte Medikamentenabusus (Schlafmittel und Analgetica) bei schwerer chronifizierter Anorexie und Psychopathie geführt.

Insgesamt mußten also zwischenzeitlich 13 (von 37) Patienten nochmals, - in 8 Fällen wiederholt - wegen der nervösen Anorexie oder in unmittelbarem Zusammenhang mit ihr stehender Symptomatik stationär behandelt werden.

TABELLE 8: Erneute Behandlung wegen Anorexia nervosa oder in unmittelbarem Zusammenhang mit ihr stehender Symptomatik. - (bei 37 katamnestisch erfaßten Patienten).

GRUPPE	I	II	III
Einmalig	3	1	1
Wiederholt	3	5	—
ANZAHL	6	6	1

Organische Erkrankungen

In der ersten Patientengruppe waren bei 5 Patienten zwischenzeitlich organische Erkrankungen aufgetreten (5, 9, 14, 16, 18). Es handelte sich in 2 Fällen (14, 18) um eine Cholecystitis, in einem weiteren (16) um eine hypothyreote Fehlregulation. Die Patientin 9 hatte sich vor vier Jahren einer Recturshernienoperation unterziehen müssen, außerdem leidet sie an peripheren Durchblutungsstörungen und "Ohnmachtsanfällen" unklarer Genese.

Besondere Beachtung verdient eine bereits mehrfach in verschiedenem Zusammenhang erwähnte Patientin (5), bei der im Alter von 25 Jahren aufgrund eines histologisch gesicherten Sigma-Carcinoms eine entsprechende Operation durchgeführt worden war.

In der zweiten Gruppe zeigt sich folgendes Bild:

Bei einer Patientin (25) war eine fibrös-cirrhotisch kavernöse Lungentuberkulose aufgetreten. In den letzten Jahren hat sich jedoch kein Anhalt für einen progredienten Verlauf oder einen frischen spezifischen Prozess ergeben trotz erheblicher Kachexie der Betreffenden, bei der eine chronische Anorexia nervosa vorliegt.

Störungen im Elektrolythaushalt führen bei 2, an einer schweren chronischen Anorexie leidenden Patienten (24, 35) zu häufigen, tetaniformen Anfallsbildern. Außerdem hat eine der Genannten (24) im Verlaufe der Erkrankung durch eine generalisierte Parodontitis purulenta im Alter von dreißig Jahren sämtliche Zähne verloren.

Bei 2 Patienten der dritten Gruppe waren zwischenzeitlich organische Erkrankungen aufgetreten (42, 44), - einmal in Form einer schweren Anämie, im anderen Fall (44) als rezidivierende Hepatitis. Insgesamt waren also 10 Patienten zwischenzeitlich organisch erkrankt - von diesen mußten 8 stationär behandelt werden.

Ambulante Behandlungen

In ambulanter ärztlicher Behandlung befindet sich eine relativ große Zahl von Patienten aller drei Gruppen und zwar vorwiegend aufgrund vegetativer Beschwerden.

Ambulante psychotherapeutische Behandlung (Psychoanalyse)

Bei 8 Patienten der ersten Gruppe war unmittelbar im Anschluß an die stationäre Behandlung in der Universitäts-Nervenklinik eine psychotherapeutische Behandlung im Sinne einer Psychoanalyse durchgeführt worden (2, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 15). 2 von ihnen (2, 9) hatten diese jedoch von sich aus abgebrochen - nach 120 Behandlungsstunden - in relativ stabilisiertem Zustand. Bei beiden war es zwischenzeitlich allerdings wieder zu einem Rezidiv gekommen, so daß katamnestisch nur eine mäßige Besserung der Grundkrankheit konstatiert werden konnte.

Die Patientin 6, die während der ambulanten Weiterbehandlung einen Suicidversuch durch Einnahme von Schlaftabletten unternommen hatte, kehrte nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu ihren Eltern in die DDR zurück. Eine weitere psychoanalytische Behandlung war nicht erfolgt. Katamnestisch wurde sie als "mäßig gebessert" registriert. Die Patienten 3, 4 und 11 sind katamnestisch als geheilt einzustufen, - ebenfalls darf der einzige männliche Patient (15), der sich zur Zeit noch - 5 Jahre nach dem Klinikaufenthalt - in kontinuierlicher ambulanter Psychotherapie befindet, in Bezug auf die Anorexia nervosa als geheilt gelten.

Der Versuch einer ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung nach Entlassung aus der stationären Behandlung hatte sich bei der schweren Gestörtheit der Patientin 8 nur für kurze Zeit als durchführbar erwiesen. Sie war zwar gebessert bei völliger Gewichtsnormalisierung entlassen worden (plus 25 kg!), mußte jedoch bereits sechs Monate nach der Entlassung erneut stationär aufgenommen werden, da es wieder zu einem schweren Rezidiv gekommen war. Nach einer nochmaligen klinischen Behandlung über einen Zeitraum von 19 Wochen wurde sie als "körperlich und psychisch gebessert" entlassen. Sehr bald darauf kam es jedoch wiederum zu einem Rezidiv, worauf eine Unterbringung in einem psychagogisch geführten Heim in der BRD erfolgte. Dort wurde sie zwei Jahre hindurch psychagogisch behandelt. Auf Grund eines erneuten Rezidivs etwa ein halbes Jahr nach Entlassung aus erwähntem Heim wurde die Patientin über weitere einundeinhalb Jahre dort psychagogisch behandelt. Anschließend erfolgte eine - sich über mehrere Jahre erstreckende - ambulante psychoanalytische Weiterbehandlung. Die Patientin - jetzt dreißigjährig und inzwischen verheiratet sowie berufstätig - kann katamnestisch als gut gebessert gelten.

Eine Patientin (1) wurde erst nachdem es 4 Jahre nach der Entlassung (1966) aus der Universitäts-Nervenklinik zu einem Rezidiv gekommen war - diesmal vorwiegend in Form einer neurotischen Depression - psychoanalytisch behandelt. Diese Patientin reagierte auf den kassentechnisch limitierten Abbruch der Psychotherapie nach 150 Behandlungsstunden durch die Therapeutin erneut mit einer schweren Depression, die wiederum eine langwierige, stationäre Behandlung in einer Nervenklinik erforderte. Während des stationären Aufenthaltes von April bis September 1969 wurde die Patientin sowohl mit Einzel- als auch mit Gruppentherapie behandelt.

Wie bereits mehrfach in anderem Zusammenhang erwähnt, war die Symptomatik der Anorexia nervosa bei ihr in der Zwischenzeit in den

Hintergrund getreten, - stattdessen dominierten, - auch zum Zeitpunkt der katamnestischen Untersuchung -, in starkem Maße depressive Züge (Symptomwandel).

Nur 4 Patienten der zweiten Gruppe waren nach der Entlassung aus der Universitäts-Nervenlinik ambulant psychoanalytisch weiterbehandelt worden (23, 24, 26, 29), eine von ihnen (26) befindet sich auch zur Zeit noch - 5 Jahre nach der Entlassung aus der stationären Behandlung - in Psychoanalyse. Bei ihr liegt eine schwere chronische Anorexie vor. Immer wieder kommt es zu Rezidiven, die bevorzugt dann auftreten, wenn es zu einer längeren Unterbrechung der Behandlung durch die Therapeutin kommt.

Die Patientin 24 hatte die psychotherapeutische Behandlung von sich aus nach nur wenigen Stunden (nach ca. einem halben Jahr) abgebrochen. Nach einem Suicidversuch und wegen hochgradiger Kachexie war sie von 1966 bis 1968 in einer Berliner Nervenlinik mit Einzel- und Gruppentherapie behandelt worden. Katamnestisch handelt es sich um eine **schwere, chronische Magersucht**.

Erst nach dem bewußt durch 2 Patientinnen vollzogenen Abbruch der Psychotherapie war es bei diesen (23, 29) zu einer kontinuierlichen Besserung des Krankheitsbildes gekommen. Die Patientin 23 war nur wenige Wochen psychotherapeutisch, die Patientin 29 über einen Zeitraum von 2 Jahren mit 1 Stunde pro Woche behandelt worden. Beide dürfen katamnestisch als geheilt gelten.

Von den Patienten der letzten Gruppe ist keine in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung gewesen.

Insgesamt waren also unmittelbar im Anschluß an die Entlassung aus der Universitäts-Nervenlinik 12 Patienten psychotherapeutisch (ambulant) weiterbehandelt worden. Von diesen gehörten 8 der ersten, die restlichen 4 der zweiten Gruppe an. 5 Patienten (2, 9, 23, 24, 29) hat-

ten die ambulante Behandlung von sich aus abgebrochen, - von diesen konnten katamnestisch 2 als geheilt (23, 29), 2 als mäßig gebessert (2, 9), eine als chronisch eingestuft werden (24).

Von den restlichen 7 Patienten sind 4 geheilt (3, 4, 11, 15), eine Patientin ist gut gebessert (8), eine andere (6) mäßig gebessert, bei einer weiteren liegt eine chronische Verlaufsform der nervösen Anorexie vor (26).

Eine Patientin (1), die erst auf Grund eines Rezidives 4 Jahre nach der Entlassung aus der Universitäts-Nervenklinik ambulant psychotherapeutisch behandelt worden war, wies einen Symptomwandel auf (neurotische Depression).

TABELLE 9: Ambulante psychoanalytische Behandlung im Anschluß
an die Entlassung aus der Universitäts-Nervenklinik

Nr. d. Pat.	Durchschnittliche Behandlungsdauer (Std.n.)	Behandlungsabbruch durch Patienten	Katamnestische Beurteilung
2	120	ja	mäßig gebessert
3	120	nein	geheilt
4	100	nein	geheilt
6	50	nein	mäßig gebessert
8	300	nein	gut gebessert
9	120	ja	mäßig gebessert
11	120	nein	geheilt
15	noch in Behandlung	nein	Anorexie geheilt
23	20	ja	geheilt
24	25	ja	chronische Anorexie
26	noch in Behandlung	nein	chronische Anorexie
29	120	ja	geheilt

6. Todesfälle

7 Patienten waren in der Zwischenzeit verstorben (13, 27, 30, 31, 49, 50, 51); eine Patientin (31) allerdings bereits am neunten Tag der stationären Behandlung in der Universitäts-Nervenlinik.

Noch im gleichen Jahr, in dem die klinische Behandlung erfolgt war verstarben 2 weitere Patienten (27, 51). Bei ihnen hatte eine hochgradig ausgeprägte Anorexia nervosa bestanden mit völliger Krankheitsuneinsichtigkeit. Beide hatten das Krankenhausgelände seinerzeit heimlich verlassen und eine Rückkehr in die Klinik verweigert.

2 Jahre nach der Entlassung aus der Universitäts-Nervenlinik verstarb die Patientin 30 an einem Magen-Carcinom. Während der Operation war es zu einem irreversiblen Herz-Kreislaufversagen gekommen. Über die Todesursache der Patientin 50, die im Alter von 50 Jahren -

4 Jahre nach der Behandlung in der Universitäts-Nervenlinik - verstarb, konnte nichts in Erfahrung gebracht werden.

54 jährig verstarb die Patientin 49 in hochgradig kachektischem Zustand 6 Jahre nach der ersten Entlassung aus der Universitäts-Nervenlinik.

Ein Jahr vor ihrem Tode war sie nochmals wegen eines Rezidivs der nervösen Anorexie stationär nervenklinisch behandelt worden. Neben der Anorexie lag eine neurotisch-hypochondrische Depression vor, außerdem bestand der Verdacht auf das Vorliegen einer Suchtkomponente. Letzteres konnte jedoch nicht objektiviert werden.

Ebenfalls 6 Jahre nach der ersten stationären Behandlung in der Universitäts-Nervenlinik verstarb die Patientin (13) 28jährig in hochgradig kachektischem Zustand in einer anderen Berliner Nervenlinik. Das Körpergewicht zum Zeitpunkt des Todes betrug 24 kg. bei einer Körpergröße von 1,55 m. Um das 17. Lebensjahr etwa war die anorektische Symptomatik bei ihr in Erscheinung getreten. 2 Jahre später war - anlässlich eines Warenhausdiebstahls, den sie ohne eigentliches Motiv

beginn -, im Gerichtsverfahren der Verdacht auf das Vorliegen einer Geisteskrankheit geäußert worden. Im Vordergrund der klinischen Symptomatik standen im weiteren Krankheitsverlauf neben der Anorexie vor allem Antriebsstörung, depressive Verstimmungen, Suicidalität, Verfolgungsideen, körperliche Veränderungserlebnisse und Vergiftungsängste.

Wegen einer paranoid-halluzinatorischen Psychose, extrem ausgeprägter Anorexie und mehrfachen ernststen Suicidversuchen war sie von 1962 bis 1968 vierzehnmal erfolglos in stationärer nervenklinischer Behandlung gewesen.

In dem dargelegten Fall handelt es sich um die einzige Patientin des hier beschriebenen Untersuchungsgutes, die eine psychotische Symptomatik entwickelte, wobei die Essensproblematik in die Psychose übernommen wurde, ja, diese geradezu beherrschte.

TABELLE 10: Todesfälle

Nr. d. Pat.	Jahre nach Behandlung	Erreichtes Lebensalter in Jahren	Todesursache
13	6	28	Anorexia n., Psychose
27	im gleichen Jahr	26	Anorexia n.
30	2	30	Magen-Carcinom
31	unter der Behandlung	30	Anorexia n.
49	6	54	Anorexia n.
50	4	51	unbekannt
51	im gleichen Jahr	36	Anorexia n.

b) Psychisch

1. Grundstimmung, vitaler Antrieb

Hinsichtlich der Grundstimmung ist der relativ hohe Anteil an depressiven und subdepressiven Strukturelementen bemerkenswert. So fanden sich unter den 13 unmittelbar untersuchten Patienten der ersten Gruppe 3, die eine subdepressive Grundstimmung aufwiesen, eine weitere Patientin war bereits mehrfach unter der Diagnose "Neurotische Depression" stationär behandelt worden und befand sich auch zum Zeitpunkt der katamnestischen Untersuchung wiederum seit mehreren Monaten wegen schwerer Depressionen in nervenklinischer Behandlung.

Bereits seit dem vierzehnten Lebensjahr waren bei ihr Apathie, sowie häufiges Weinen und andere Zeichen depressiver Verstimmung in Erscheinung getreten.

Bei den genannten Patienten ließ sich eine deutliche Antriebsverminderung feststellen.

In der zweiten Untersuchungsgruppe imponierten 4 Patientinnen im Sinne einer depressiven Grundstimmung, von einer weiteren, bei der eine chronifizierte Anorexia nervosa vorliegt, wurde die Grundstimmung als sehr wechselhaft, im großen und ganzen jedoch als subdepressiv angegeben. In diesem Falle handelte es sich um die einzige Patientin, die trotzdem eine gesteigerte Antriebsfunktion und erhöhte Vitalität erkennen ließ, bei den übrigen erwähnten Patienten waren die beiden Größen deutlich vermindert.

In Gruppe drei fanden sich 3 Patientinnen mit einer subdepressiven Grundstimmung und entsprechender Einschränkung von Antrieb und Vitalität.

2. Psychische Auffälligkeiten

Neurotische Züge fanden sich bei insgesamt 9 Patienten der ersten Gruppe. In der zweiten Gruppe wurden sie bei allen katamnestisch Untersuchten gefunden, zum Teil in ausgeprägten Graden. Auch in der dritten Gruppe fanden sich neurotische Störungen bei allen Patienten.

In der ersten und zweiten Patientengruppe ähneln sich die erfaßten psychischen Auffälligkeiten weitgehend - es handelte sich vorwiegend um gestörte Beziehungen zur Umwelt, speziell im Sinne einer mehr oder weniger stark ausgeprägten Kontaktschwäche, besonders ausgeprägt auch in der fehlenden Beziehung zum männlichen Geschlecht. Gerade hier ließen sich zwei scheinbar einander entgegengesetzte Tendenzen registrieren: so wurde von einigen der Kontakt zum männlichen Partner bewußt abgelehnt, andere gaben dagegen an, sich um derartige Kontakte zu bemühen, jedoch immer wieder zu scheitern. Letzteres fand sich besonders ausgeprägt bei einer Patientin der ersten Gruppe (2), die sehr unter ihrer Isolation leidet und die geliebt werden möchte, ... "vor allem von Männern."

Andere Neurotizismen, die sich vor allem in den ersten beiden Patientengruppen fanden, sind Schuldgefühle, die häufig nicht objektiviert werden können und die als Mittel masochistischer Selbstzerstörung gebraucht zu werden scheinen. Weiterhin fanden sich Versagensangst, sowie Ängste, deren Bezugspunkt nicht präzisiert werden konnte.

Eine problematische Beziehung zu den Eltern bzw. zu einem Elternteil bestand bei 5 Patienten der ersten (1, 2, 8, 9, 18) sowie bei 6 Patienten der zweiten Gruppe (23, 24, 25, 28, 33, 39). Überwiegend handelte es sich um starke Ambivalenzen im Verhältnis zur Mutter (1, 8, 9, 18, 24, 25, 28), die einerseits gehaßt und verabscheut wird, andererseits jedoch ihre beherrschende Rolle im Leben dieser Patienten weiter behauptet.

Eine Patientin gab an, noch heute in Gegenwart der Mutter "keinen Bissen" herunterzubekommen - genau wie im Beginn der Erkrankung (8). Anders eine Patientin, von der man den Eindruck hat, daß sie trotz ihrer fünfunddreißig Jahre nur durch und für "Mutti" lebt (39). Bei den meisten der aufgeführten Patienten fanden sich Ablehnung und Protest verbunden mit gesteigertem Pflichtgefühl den Eltern bzw. einem Elternteil gegenüber.

In der dritten Gruppe imponierten neurotische Züge vorwiegend als vegetative Beschwerden. Es wurde besonders häufig über diffuse Kopfschmerzen, Atembeschwerden, Globusgefühl sowie über nicht näher zu definierende Müdigkeit und Abgespanntheit geklagt.

Hypochondrische Beschwerden waren häufig. 2 Patientinnen lebten im elterlichen Haushalt in starker Fixierung an die Mutter (42, 44). Besonders die eine (42) scheint unfähig, ein eigenes selbständiges Leben außerhalb der auch äußerlichen Bindung an die Mutter zu führen. Diese ist das absolut Dominierende im Dasein der vierundvierzigjährigen Patientin, die sich von der Mutter wie ein unmündiges Kind behandeln läßt.

Es liegt in diesem Fall im übrigen eine chronifizierte Anorexie vor, deren Psychogenese von Anfang an sowohl von der Mutter als auch von der Patientin selbst abgelehnt worden war. Bei der katamnestischen Untersuchung gewann man den Eindruck, als ob die Mutter den Zustand ihrer Tochter durch immer neue Begründungen organischer Leiden zu

rechtfertigen sucht.

Die Patientin 44, die seit ihrer Scheidung vor 12 Jahren im Haushalt der Eltern lebt, bietet ebenfalls das Bild eines sehr ambivalenten Verhaltens der Mutter gegenüber, die auch hier versucht, die dominierende Rolle zu spielen. Sie gibt sich den Anschein einer übersteigerten Fürsorglichkeit und versucht mit allen möglichen Tricks die Tochter von allem abzuschirmen, was dieser - ihrer Meinung nach - nicht zuträglich ist.

In diesem Zusammenhang soll noch eine dritte Patientin dieser Gruppe erwähnt werden (46). Es handelt sich um eine Neunundvierzigjährige, die bis jetzt immer mit den Eltern zusammenlebte, und bei der eine ausgeprägte Ambivalenz der Mutter gegenüber bestand, von der sie sich einerseits autoritär beherrscht - sich in ihren persönlichen Neigungen und Bestrebungen beschnitten gefühlt hatte - und die andererseits extrem an die Mutter fixiert war. Diese Patientin gab bei der katamnestischen Untersuchung an, daß sie sich seit dem Tode der Mutter vor 2 Jahren "seelisch wohler" fühle. Sie hatte nach deren Ableben noch mit dem Vater bis zu dessen Tod zusammengelebt. Jetzt begann sie zum ersten Mal ein eigenständiges Leben zu führen. Katamnestisch fanden sich psychische Auffälligkeiten bei insgesamt 28 von 37 Patienten, und zwar verteilen sich diese anteilmäßig auf die 3 Gruppen wie nachfolgend angegeben:

Gruppe I: 9 Pat., Gruppe II: 11 Patienten, Gruppe III: 3 Patienten.

In den beiden ersten Patientengruppen handelte es sich hauptsächlich um Störungen der Umweltbeziehungen, Schuldgefühle und Versagensängsten. In der dritten Gruppe dominierten vegetative Beschwerden. In allen drei Gruppen fanden sich problematische Beziehungen zu den Eltern, insbesondere zur Mutter.

3. Suicidalität

In der Zwischenzeit stattgehabte Suicidversuche finden sich bei insgesamt 8 Patienten. Sie verteilen sich anteilmäßig wie tabellarisch angegeben:

TABELLE 11: Suicidversuche

GRUPPE	Einmalig	Wiederholt
I	3	1
II	1	2
III	1(?)	—

Anlässe sind vielfältig und reichen von excessiver Phobie vor dem Essen (13) ... "wissen Sie, das ist ja bei mir nur die Angst, daß ich zu dick werde..." - bis zur versuchten Flucht aus einer unerträglich gewordenen Ehe (18).

Hin und wieder entsteht aus einer depressiven Verstimmung heraus ein Suicidversuch (14), jedoch sind bei Kranken, deren Grundstimmung nach der depressiven Seite verschoben ist, Suicidgedanken sehr

viel häufiger. So gaben 6 Patienten der ersten Gruppe an, derartige Gedanken oft zu haben.

In der zweiten Gruppe war es in 3 Fällen zu einem Suicidversuch gekommen (23, 24, 28) und zwar bei 2 Patientinnen wiederholt (23, 24). - In diesen beiden Fällen sind die Suicidversuche als Reaktion auf äußerst ungünstige, die Patientinnen schwer belastende Familien- und Umweltverhältnisse zu verstehen. Die Patientin 28 motivierte den Suicidversuch ganz allgemein als "Lebensüberdruß".

3 Patienten dieser Gruppe gaben an, sich gedanklich oft mit der Möglichkeit eines Suicides zu beschäftigen. In einem Fall wird die Drohung, Selbstmord zu begehen als Mittel verwandt, um von der ebenfalls an einer Anorexia nervosa leidenden Zwillingsschwester nicht nur gesteigerte Sorge und Anteilnahme, sondern auch finanzielle Zuwendungen gleichsam zu "erpressen" (25).

Nicht klar ersichtlich ist, ob die Patientin 42 der Gruppe III, bei der seit Jahren ein Schlafmittelabusus besteht, einen ernsthaften Suicidversuch unternehmen wollte. 3 Jahre nach der Behandlung in der Universitäts-Nervenlinik war sie in somnolentem Zustand in eine Berliner Nervenlinik eingewiesen, jedoch bereits nach 3 Tagen auf eigenen Wunsch wieder entlassen worden. Sie selbst bestritt in der katamnestischen Befragung, jemals einen Suicidversuch beabsichtigt zu haben. In gleicher Weise bestritt sie allerdings ebenfalls, überhaupt irgendwelche Medikamente - gleich welcher Art - zu nehmen, so daß die Aussage in diesem Fall nur mit Zurückhaltung gewertet werden kann.

Suicidgedanken wurden von keinem Patienten der Gruppe geäußert.

Im Vergleich zu früher - in 8 Fällen war es damals zu ernsthaften Suicidversuchen gekommen, in 4 weiteren war die Nahrungsverweigerung im Sinne einer Selbstvernichtung motiviert worden - er-

scheint auch katamnestisch die Suicidalität noch erheblich. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, daß mit Ausnahme einer Patientin (23), die nach zweimaligen ernsthaften Suicidversuchen aus dem sie psychisch schwer belastenden Elternhaus entfernt wurde, und bei der es im Laufe von Jahren zur Heilung der nervösen Anorexie gekommen ist, bei allen anderen hier aufgeführten Patienten ein ungünstiger Verlauf der Grundkrankheit oder andere schwerwiegende Störungen registriert wurden.

4. Sexualität

Mit dem relativ hohen Anteil von 11 Eheschließungen in der Zwischenzeit (s. S. 59) läßt die erste Gruppe - zumindest in gewissem Sinn - eine positive Einstellung zur Sexualität erkennen.

Keine bzw. sehr problematische Partnerbeziehungen werden noch von 2 Patientinnen angegeben (1, 2). So kam es bei der einen zu einer schweren depressiven Verstimmung als ein Freund sich ihr intim zu nähern versuchte. Seitdem hat sie keine - auch keine oberflächlichen Kontakte - zum anderen Geschlecht mehr gehabt.

Die andere Patientin (2) zeigt bezüglich der Einstellung zur Sexualität eine stark ambivalente Haltung, die einerseits von der streng puritanischen Erziehung, zum anderen von dem eigenen Wunsch, sich in "freier Liebe" über ersteres hinwegsetzen bestimmt wird und dadurch immer wieder zu schweren innerseelischen Konfliktsituationen führt. Bei beiden Patientinnen war es in der Zwischenzeit im übrigen zu einer Verschiebung der Symptomatik der Anorexia nervosa zugunsten

jetzt im Vordergrund stehender depressiver Züge gekommen.

Bei 4 verheirateten Patientinnen besteht Frigidität (5, 14, 16, 18). Alle anderen katamnestic Untersuchten dieser Gruppe äußerten sich positiv in bezug auf Sexualität und negierten das Vorliegen besonderer Konflikte. Eine überwiegend ablehnende Haltung zur Sexualität ließen dagegen die Patientinnen der zweiten Gruppe erkennen.

Nur eine Patientin zeigt eine positive Einstellung (34); 7 andere äußerten Ablehnung, für 2 von ihnen (24, 25) ist alles, was mit Geschlechtlichkeit zusammenhängt gleichbedeutend mit Häßlichkeit und Erniedrigung. Sexualität wird von ihnen als Äquivalent für Sünde und Verworfenheit verstanden. Eine weitere Patientin, die immer nur kurze Zeit oberflächliche Kontakte zu männlichen Partnern zu unterhalten fähig ist, zeigte ein ambivalentes Verhalten bezüglich der Sexualität (33). Einerseits würde sie gerne heiraten - in diesem Fall betrachtet sie die Ehe als eine vorwiegend soziale Angelegenheit zur Versorgung - andererseits lehnt sie Intimbeziehungen weitgehend ab.

Bei einer verheirateten Patientin besteht seit der Eheschließung Frigidität. Den Intimverkehr betrachtet sie als ein "Opfer", das sie ihrem Mann bringt (35).

Eine andere Patientin gab zu diesem Befragungspunkt keine nähere Auskunft (39). Sie ist seit vielen Jahren mit einem wesentlich älteren Mann verlobt, in dem sie ihren früh verstorbenen Vater wiederzufinden sucht. Die Frage, wann denn beabsichtigt sei zu heiraten, wird von ihr mit einem diffusen Redeschwall beantwortet, dem man entnehmen kann, daß sie eine derartige Möglichkeit letztlich ablehnt, noch nicht einmal daran erinnert werden will.

Auch die Patientinnen der dritten Gruppe zeigten hinsichtlich der Beziehung zur Sexualität eine durchaus negative Einstellung. Von den 3 Verheirateten litten 2 unter Frigidität (41, 43), die dritte,

bei der seinerzeit eine erhebliche eheliche Problematik mit sexueller Ablehnung des Ehemannes bis zum Vaginismus bestanden hatte, gab jetzt an, sich nach Aussprache mit dem Ehemann - auch im Intimbereich - besser zu verstehen (48).

Außer der Patientin 44, die zahlreiche oberflächliche Partnerbeziehungen unterhält, gaben alle übrigen an, kaum oder gar keine Kontakte zum anderen Geschlecht zu haben.

TABELLE 12 : Einstellung zur Sexualität

GRUPPE	Positive Haltung	Ablehnung	Frigidität	Ambivalentes Verhalten
I	12	—	4	2
II	1	7	1	2
III	1	1	2	4
ANZAHL	14	8	7	8

Im Vergleich mit der Einstellung zur Sexualität zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik imponiert katamnestisch folgendes:

Damals bestand eine bewußte Ablehnung der Sexualität bei allen Patienten, zum jetzigen Untersuchungszeitpunkt ist eine erstaunliche Wandlung und Reifung bei der Pubertätsmagersuchsgruppe im Gegensatz zu den beiden anderen Patientengruppen deutlich erkennbar, wie es sich ganz klar in den Zahlen der Tabelle ausdrückt.

II. SOZIALER BEREICH

1. Familienstand

In der ersten Gruppe war zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme keine Patientin verheiratet gewesen. Dies entspricht bei dem durchschnittlichen Aufnahmealter zwischen 14 - 16 Jahren durchaus den normalen Verhältnissen.

Katamnestisch ergab sich folgendes:

Gruppe I : 11 Patienten hatten in der Zwischenzeit geheiratet, eine von ihnen (9) ist jedoch seit 16 Jahren wieder geschieden. Entbunden hatten 3 Patientinnen (9, 18, 19), 2 von ihnen zum zweiten Mal (18, 19). 3 Patientinnen erwarteten das erste Kind (14, 16, 22). Eine Patientin (18) lebte zur Zeit der Katamnese von ihrem Ehemann getrennt. Wegen erheblicher ehelicher Problematik - der Mann soll Gelegenheitsarbeiter sein, der seine Frau in betrunkenem Zustand oft schlägt - hatte sie vor 10 Monaten einen Suicidversuch gemacht.

In der zweiten Gruppe war zum Zeitpunkt der klinischen Behandlung nur eine Patientin verheiratet gewesen (35), was bei dem damaligen Durchschnittsalter von 25,4 Jahren ein sehr geringer Prozentsatz ist. Katamnestisch wurde ermittelt, daß in der Zwischenzeit noch 2 Patientinnen (32, 37) geheiratet hatten, wovon jedoch eine (32) nicht mehr mit ihrem Ehemann zusammenlebt. Sie war bereits bei der Aufnahme in die Klinik mit ihrem späteren Mann, den sie in einem homosexuellen Kreis kennengelernt hatte, verlobt gewesen. Am festgesetzten Hochzeitstag war sie erkrankt. Die Prognose erschien bei der Klinik-

entlassung ungewiß, da die Patientin in das ungünstige, asozial und kriminell gefärbte Milieu zurückkehrte, aus dem sie gekommen war. Leider sind nähere katamnestische Angaben über sie nicht zu machen, da sie sich bei Hausbesuchen immer verleugnen ließ. Es darf jedoch angenommen werden, daß hier ein ungünstiger Verlauf vorliegt. Die andere Patientin (37), die in der Zwischenzeit geheiratet hatte, lebt in geordneten Verhältnissen. Sie hat, wie auch die beiden anderen Verheirateten, keine Kinder.

In der dritten Gruppe waren die Verhältnisse bezüglich des Familienstandes die gleichen wie bei der Aufnahme in die Klinik.

3 Patientinnen waren verheiratet (41, 43, 48), eine geschieden (44), 4 ledig.

VERGLEICHENDE TABELLE 13: Familienstand (bei Klinikaufnahme und Katamnese von 37 Patienten)

GRUPPE	D A M A L S			J E T Z T		
	Ledig	Verheiratet	Geschieden	Ledig	Verheiratet	Geschieden
I	18	—	—	7	10	1
II	10	1	—	8	2	1
III	4	3	1	4	3	1
ANZAHL	32	4	1	19	15	3

Nach der Entlassung aus der klinischen Behandlung hatten also insgesamt 13 Patientinnen geheiratet, - von diesen gehören 11 der ersten und 2 der zweiten Patientengruppe an. (Zum Zeitpunkt der Katamnese war 1 Patientin der ersten und eine Patientin der zweiten Gruppe geschieden). Kinder geboren hatten 3 Patientinnen, bei 3 weiteren bestand zur Zeit der katamnestischen Untersuchung eine Gravidität. Die Verhältnisse bezüglich des Familienstandes waren in der dritten Gruppe katamnestisch die gleichen wie bei der Klinikaufnahme (3 ver-

heiratet, 1 geschieden, 4 ledig).

2. Beruf

Von den 14 Patienten der ersten Gruppe, die zur Zeit der klinischen Behandlung bzw. ambulanten Untersuchung Schülerinnen oder Studentinnen gewesen waren, wiesen 10 katamnestisch eine abgeschlossene Berufsausbildung auf (1, 2, 3, 8, 10, 11, 19, 20, 21, 22); 7 von ihnen stehen in einem entsprechenden Arbeitsverhältnis (3, 8, 11, 19, 20, 21, 22), 3 weitere befinden sich noch in der Ausbildung (4, 6, 15), wobei sich jedoch ein positiver Abschluß derselben abzeichnet. Nur eine Patientin hatte sich nicht in der Lage gezeigt, den ursprünglichen Berufswunsch "Kindergärtnerin", in die Tat umzusetzen. Sie hatte zwar die Ausbildung begonnen, es fehlte ihr jedoch an dem notwendigen Durchhaltevermögen, so daß sie bald aufgab und bis zu ihrer Heirat einige Jahre später, nur Gelegenheitsarbeiten ausführte (5).

Zwar hatte die Patientin 1 eine abgeschlossene Ausbildung als Stenokontoristin, war z. Zt. der Katamnese jedoch schon seit Monaten nicht mehr berufstätig. Sie leidet unter schweren depressiven Verstimmungszuständen, die lange stationäre Behandlung erfordert hatten.

Eine andere Patientin ist wegen einer schweren, doppelseitigen Hüftgelenkerkrankung nicht arbeitsfähig (10). Dennoch hatte sie eine kunstgewerbliche Lehre mit Erfolg abgeschlossen.

Die Patientin 2 war nach ihrem Examen im Fach "Kirchenmusik" 2 Jahre als Organistin tätig gewesen. 24-jährig begann sie Medizin zu studieren. Es besteht bei ihr eine erhebliche berufliche Unsicherheit.

2 Patienten (14, 16) sind seit ihrer Heirat vor 4 Jahren nicht mehr be-

rufstätig; eine weitere (9) ist auf Grund ihres schlechten Allgemeinzustandes nicht erwerbsfähig und zunächst auf Zeit berentet.

Die Patientin 18 hatte wegen häufigen Fehlens ihre Arbeitsstelle verloren. Seit einem Suicidversuch vor einem Jahr war sie noch nicht wieder arbeitsfähig.

Es zeigte sich, daß die Patienten, die eine Berufsausbildung abgeschlossen hatten - abgesehen von 2 Ausnahmen (1, 2) - eine überwiegend positive katamnestische Beurteilung in Bezug auf die ursprüngliche Erkrankung zuließen.

In der zweiten Gruppe zeigen die katamnestischen Untersuchungsergebnisse, bezogen auf die berufliche Tätigkeit der Probandinnen, ein anderes Bild:

Bei 3 Patientinnen stimmte die berufliche Situation mit der, wie sie seinerzeit bei Aufnahme in die Klinik bestanden hatte, überein (26, 33, 37).

Eine Patientin (24) hat in der Zwischenzeit ihren ursprünglich erlernten Beruf einer kaufmännischen Angestellten aufgegeben und steht seit über einem Jahr in der Ausbildung als Krankenschwester, nachdem sie zuvor im gleichen Krankenhaus für längere Zeit als Stationshilfe tätig gewesen war. In Anbetracht der in diesem Fall vorliegenden chronischen Anorexie mit ausgeprägter Untergewichtigkeit und schweren psychopathischen Zügen, muß es sehr fraglich bleiben, ob die Betreffende den Anforderungen der Ausbildung sowie später des Berufes körperlich und psychisch gewachsen ist. Arbeit wird von dieser Patientin gleichsam als Mittel zur Betäubung der bestehenden Konfliktsituation gebraucht, durch die sie einer Konfrontation mit sich selbst ständig entflieht. Sie ist immer bereit, zusätzliche Dienste zu leisten und kommt abends oft als Letzte völlig erschöpft von der Station.

Die eineiige Zwillingschwester (25) - gleichfalls an einer schweren, chronisch verlaufenden Anorexie erkrankt - und ursprünglich Sozialar-

beiterin von Beruf, ist seit Jahren als Gelegenheitsarbeiterin tätig.

Eine Patientin (39), deren ursprünglicher Berufswunsch "Kindergärtnerin" daran scheiterte, daß sie keinen Ausbildungsplatz erhielt, absolvierte zwar eine Art kunstgewerblicher Lehre, hätte jedoch, um in diesem Beruf tätig sein zu können, eine Stelle in der BRD annehmen müssen. Dies war ihr auf Grund der überaus starken Fixierung an die Mutter nicht möglich. So lebt sie - ohne weitere berufliche Tätigkeit - mit der Mutter von deren Rente.

Ein erfreuliches Bild bietet eine Patientin (23), die ursprünglich nur als ungelernte Kraft in verschiedenen Stellen tätig war und nach zwei Suicidversuchen und längerer nervenklinischer Behandlung seit 2 Jahren eine Lehre als Wäscheschneiderin mit gutem Erfolg absolviert. Diese Möglichkeit hat sie in einem Berliner Krankenhaus, das sich im Rahmen der Rehabilitationshilfe besonders engagiert. Nach Beendigung der dreijährigen Lehrzeit wird ihr eine, der persönlichen Eigenschaft entsprechende Arbeitsstelle durch diese Klinik vermittelt.

Vollberuflich tätig ist die Patientin 29. Sie hatte das seinerzeit begonnene Studium der Veterinärmedizin aufgegeben und eine Ausbildung als Bibliothekarin absolviert.

Eine Patientin ist seit 1962 nicht mehr in ihrem Beruf als technische Zeichnerin, sondern nur noch als Hausfrau tätig (34).

2 weitere Patientinnen, die zur Zeit der klinischen Behandlung noch beruflich tätig gewesen waren, sind jetzt berentet (28, 35), und zwar in einem Fall (35) wegen schwerer körperlicher Hinfälligkeit bei chronischer Anorexia nervosa. Diese Patientin ist seit ihrem 27. Lebensjahr Rentnerin. Der ursprünglich ausgeübte Beruf war Kunststopferin gewesen. Sie hatte die Abschlußprüfung mit Auszeichnung gemacht, liebte alles, was "fein und pingelig" war und gab seinerzeit an, sehr an ihrem Beruf zu hängen. Gerne und oft hatte sie Überstunden gemacht. Im Rahmen des katamnestischen Gespräches entstand der Eindruck, als

ob der Patientin am Empfang der Rente sehr gelegen sei. Einerheblicher Krankheitsgewinn war nicht zu übersehen.

Die andere Patientin (28), die seit einigen Jahren nicht mehr arbeitsfähig ist und eine Rente bezieht, ist in der Zwischenzeit an einer symptomatischen Epilepsie durch chronischen Tablettenabusus erkrankt; die anorektische Symptomatik war bei der Katamnese außerdem klar ersichtlich.

In der dritten Gruppe waren bei der Aufnahme in die Klinik 3 Patientinnen als Hausfrau tätig gewesen (41, 43, 48). Bei ihnen hatte sich die berufliche Situation in der Zwischenzeit nicht verändert.

Eine andere, von Beruf ursprünglich Schauspielerin, hatte später die Ausbildung als medizinisch-technische Assistentin gemacht, übt diesen Beruf jedoch seit langem nicht mehr aus, sondern hilft im Geschäftsbetrieb der Eltern, an die sie in starkem Maße fixiert ist. (44)

2 Patientinnen übten zur Zeit der Katamnese den gleichen Beruf wie bei Klinikaufnahme aus (45, 47).

Eine weitere (46) ist bereits seit 15 Jahren - damals im Alter von 34 Jahren - berentet. Es handelt sich um eine schwere hysteriforme Neurose mit ausgeprägter anorektischer Komponente sowie zahlreichen somatischen Begleit- und Folgeerscheinungen.

Die letzte Patientin dieser Gruppe - ehemals als Krankenschwester tätig - lebt seit Jahren von der Sozialunterstützung (42). Sie bietet ein kachektisches Zustandsbild mit schwerer körperlicher Hinfälligkeit. Ein Medikamentenabusus, dessetwegen sie öfter Schulden gemacht sowie Betrügereien ausgeführt hatte, hatte wiederholt zu Stellungsverlusten geführt.

Zusammenfassen läßt sich sagen, daß in Hinsicht auf den beruflichen Bereich die erste Gruppe ausgesprochen positiv imponiert. -

Ein ungünstiges Ergebnis zeigt die zweite Gruppe mit häufigem Wechsel der Tätigkeit, nur partieller Arbeitsfähigkeit und Berentung. Die Patienten der dritten Gruppe schließlich bieten ein ähnliches Bild.

Vergleich des Berufsstandes von 37 Patientinnen bei der Klinikaufnahme und der Katamnese

	<u>Damals</u>	<u>Jetzt</u>
Schüler, Studenten, bzw. in Berufsausbildung	16	6
Berufstätig	17	16
Hausfrau	3	7
Berentet	1	5
z. Zt. nicht berufstätig wegen Krankheit		3
Gesamt:	37	37

C. BESPRECHUNG DER ERGEBNISSE

1. Vergleich des Zustandes der Patienten bei Entlassung aus der Klinik und zur Zeit der Katamnese

Zum Vergleich der Ergebnisse bei Entlassung der Patienten aus der klinischen Behandlung mit denen zum Zeitpunkt der Katamnese soll der besseren Anschaulichkeit halber die Tabelle Nr. 20 aus der Dissertation: "Anorexia nervosa" von STEINBORN übernommen und der Tabelle Nr. 14 dieser Arbeit gegenübergestellt werden.

TABELLE 20: Therapieerfolg-Altersgruppen (STEINBORN)

Gruppe	geheilt	gebessert	mässig gebessert	unverändert verschlechtert
I	6	6	3	
II		3	8	3
III		4	4	2
Ges.	6	13	15	5

TABELLE 14 : Katamnestische Beurteilung von 44 Patienten

GRUPPE	Geheilt	Gebessert	Mäßig gebessert	Unverändert, Verschlechtert	Verstorben
I	5+3(a)	1+3(a)	6	—	1
II	3	1+1(a)	1	4+1(a)	3
III	—	4	3	1	3
GESAMT	8+3(a)	6+4(a)	10	5+1(a)	7

Zeichenerklärung : (a) = ambulante Patienten

Nicht berücksichtigt sind in der STEINBORN' schen Tabelle die Patienten, die entweder nur kurzfristig behandelt oder ambulant untersucht worden waren, sowie die Patientin 51. Die STEINBORN' sche Tabelle zeigt, daß 1. Heilerfolge nur in der ersten Patientengruppe zu verzeichnen waren und diese außerdem den höchsten Prozentsatz an gebesserten Patienten aufwies, 2. besonders Gruppe II mit einer hohen Zahl von nur "mäßig gebesserten" Patienten imponierte und 3. auch die letzte Gruppe nur "mäßige" Therapieerfolge aufweisen konnte.

Wie stellt sich nun das Ergebnis der katamnestischen Nachuntersuchung dar?

Bei oberflächlichem Vergleich beider Tabellen ist die Tendenz im wesentlichen die gleiche geblieben : die erste Gruppe imponiert überwiegend positiv, die beiden anderen Gruppen können auch katamnestisch nur eine mäßige Besserungstendenz aufweisen.

Interessant ist jedoch, nicht bei einem summarischen Vergleich von Entlassungs- und katamnestischem Ergebnis stehenzubleiben, sondern zu untersuchen, ob die seinerzeit von STEINBORN angegebenen Therapieerfolge auch katamnestisch die gleichen Patienten betreffen. Dies ist jedoch, wie nachfolgend aufgeführt werden wird, oft nicht der Fall.

Gruppe I: Von den 6 Patienten, die bei STEINBORN als geheilt registriert worden waren (4, 5, 7, 9, 12, 14) konnten katamnestisch 4 erfaßt werden (5, 4, 9, 14). Nur eine von ihnen konnte jedoch auch katamnestisch als geheilt verstanden werden (4). Bei 2 der als geheilt entlassenen Patienten (5, 14) waren schon unmittelbar im Anschluß (5) bzw. in den folgenden Jahren (14) erneut Anzeichen für ein gestörtes Verhältnis zur Nahrung aufgetreten und zwar in beiden Fällen als Polyphagie, die allerdings nur bei der Patientin 14 zu erheblicher Übergewichtigkeit und im weiteren Verlauf zur Entwicklung einer Hyperorexia nervosa führte. Die Patientin 5 soll - den Aussagen der Eltern zufolge - in den ersten Jahren nach der Entlassung aus der Klinik "Unmengen" an Essen in sich hineingeschlungen und laufend große Mengen eiskalter Getränke zu sich genommen haben. Es sei jedoch zu keiner Gewichtszunahme gekommen. Die Vermutung, daß Erbrechen - sicher häufig auch artefiziell - dabei eine nicht unerhebliche Rolle gespielt hat, liegt nahe.

Katamnestisch müssen beide Patientinnen (5, 14) als mäßig gebessert verstanden werden.

Die Patientin 9 - von STEINBORN ebenfalls als geheilt registriert - wies katamnestisch gleichfalls nur eine mäßige Besserung der körperlichen und psychischen Symptomatik auf.

5 der seinerzeit als gebessert angegebenen Patienten (1, 2, 3, 8, 11) konnten einer katamnestischen Beurteilung unterzogen werden, die sechste Patientin dieser Kategorie hatte im Verlauf der Erkrankung eine paranoid-halluzinatorische Psychose entwickelt und war im Alter von 28 Jahren verstorben. (13)

2 der Patienten sind katamnestisch als geheilt zu bewerten (3, 11), 2 weitere (1, 2) als nur mäßig gebessert. Bei ihnen war die Symptomatik der Anorexia nervosa in den Hintergrund getreten, stattdessen imponierten depressive Züge (Symptomwandel), die bei der einen (1) wiederholt nervenklinische Behandlungen erfordert hatten .

Besondere Beachtung verdient die fünfte dieser Patientinnen (8). Sie war als gebessert entlassen worden, es war jedoch sehr bald zu schweren Rezidiven gekommen, die mehrfache, langfristige stationäre Behandlungen nötig machten. Es handelte sich in diesem Fall um eine besonders ausgeprägte Störung im Verhältnis zur Nahrung: Wechsel von anorektischen und hyperorektischen Phasen, artefizielles Erbrechen, Hypermotilität trotz Kachexie u. a., außerdem wies die Patientin eine Vielzahl weiterer psychopathologischer Züge auf (Anankasmen, pavor nocturnus).

Die Katamnese - 14 Jahre nach der stationären Behandlung in der Universitäts-Nervenlinik - ergab, daß die Patientin seit einem Jahr glücklich verheiratet ist; Erbrechen tritt nur noch selten auf, es besteht Normgewichtigkeit, nur noch sporadisch kommt es zu Triebdurchbrüchen im Sinne einer Polyphagie. Im Alter von 28 Jahren ist die Menarche aufgetreten - es hatte bis dahin eine primäre Amenorrhoe bestanden - alles in allem ein Bild, das eine kontinuierliche Besserungstendenz deutlich erkennen läßt, so daß die Patientin katamnestisch als gut gebessert gelten darf.

Von den 3 - seinerzeit als nur "mäßig gebessert" Angegebenen - (6, 10, 15) entsprach die Patientin 6 auch katamnestisch dieser Beurteilung. Die

Patientin 10 darf hinsichtlich der Anorexie als geheilt gelten, ebenso der einzige männliche Patient (15). Bei der ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung durch die Universitäts-Nervenlinik hatte sich bei ihm ein unerwartet schneller Erfolg in Bezug auf die Nahrungsaufnahme gezeigt.

TABELLE 15: Vergleich von Entlassungsbefund und Befund bei der
Katamnese (Gruppe I)

	Geheilt	Gebessert	Mäßig gebessert	Unverändert, Verschlechtert	Verstorben	Katamnese. erfasst
DAMALS	6					
JETZT	1	0	3	0	0	4
DAMALS		6				
JETZT	2	1	2	0	1	6
DAMALS			3			
JETZT	2	0	1	0	0	3

Die 5, seinerzeit nur ambulant untersuchten Patienten (18, 19, 20, 21, 22) zeigten bei der Katamnese in 3 Fällen eine Heilung (19, 20, 22) in 2 weiteren eine gute Besserung der anorektischen Symptomatik (18, 21). Eine sechste Patientin, die noch am Aufnahmetag die Klinik wieder verlassen hatte zeigte gleichfalls in Bezug auf die Anorexia nervosa eine gute Besserung (16),

Gruppe II: Im Gegensatz zu STEINBORN, die in der zweiten Gruppe keine Heilerfolge registrieren konnte, dürfen katamnestisch 3 Patienten (23, 29, 34) hinsichtlich der Anorexia nervosa als geheilt gelten.

2 von ihnen waren seinerzeit als gebessert (23, 34), die dritte (29) als mäßig gebessert eingestuft worden.

Die dritte, - von STEINBORN seinerzeit als gebessert bewertete Patientin (26) - fällt katamnestisch in die Kategorie 'unverändert'. Sie bietet das Bild einer schweren chronischen Verlaufsform der nervösen Anorexie mit wiederholten Rezidiven und ausgeprägter somatischer und psychopathologischer Symptomatik.

8 Patienten waren von STEINBORN als mäßig gebessert beurteilt worden (24, 27, 29, 30, 32, 33, 36, 37), 6 von ihnen konnten katamnestisch erfaßt werden (24, 27, 29, 33, 37, 30). Allerdings entsprach nur eine bei der jetzigen Untersuchung noch der damaligen Bewertung (33).

Die Patientin 29 darf - wie schon erwähnt - als geheilt gelten, eine weitere Patientin ist gut gebessert (37). Eine andere muß hinsichtlich der Anorexie als unverändert eingestuft werden, es handelt sich um eine schwere Chronifizierung (24). 2 Patienten (27, 30) sind in der Zwischenzeit verstorben.

Als unverändert bzw. verschlechtert hatte STEINBORN 3 Patienten bezeichnet. (28, 31, 35). Eine von ihnen (31) war noch während der Zeit

der klinischen Behandlung in der Universitäts-Nervenlinik verstorben, die beiden anderen entsprachen auch katamnestisch der damaligen Beurteilung (28, 35). Bei beiden besteht eine schwere chronifizierte Anorexie.

Von den 4 nur ambulant untersuchten Patienten dieser Gruppe waren 2 unbekannt verzogen, eine weitere (39) darf in Bezug auf die Grundkrankheit als gut gebessert gelten.

Bei der Patientin 25 war schon kurz nach der ambulanten Untersuchung stationäre Aufnahme in die Universitäts-Nervenlinik notwendig geworden. Es handelt sich in diesem Fall katamnestisch um eine schwere chronifizierte Anorexia nervosa.

TABELLE 16: Vergleich Entlassungsbefund und Befund bei der Katamnese
(Gruppe II)

	Geheilt	Gebessert	Mäßig gebessert	Unverändert, Verschlechtert	Verstorben	Katamnese, erfasst
DAMALS	0	3				
JETZT	2	0	0	1	0	3
DAMALS			8			
JETZT	1	1	1	1	2	6
DAMALS				3		
JETZT	0	0	0	2	1	3

Gruppe III : Hier konnten weder von STEINBORN noch katamnestisch Heilungen registriert werden. 4 Patienten waren seinerzeit als gebessert angegeben worden (43, 44, 49, 50). Dieser Entlassungsbefund korreliert bei den Patienten 43 und 44 mit dem katamnestisch erhobenen. Die beiden anderen Patienten waren in der Zwischenzeit verstorben (49, 50). Die eine (49) war noch zweimal stationär in der Universitäts-Nervenklinik behandelt worden, - neben der anorektischen Symptomatik hatte Verdacht auf Medikamentenabusus bestanden, der jedoch nicht objektiviert werden konnte.

4 Patienten waren von STEINBORN als mäßig gebessert eingestuft worden (41, 45, 46, 48). 3 von ihnen entsprachen auch katamnestisch dieser Beurteilung (41, 46, 48), die vierte (45) darf jetzt hinsichtlich der Anorexia nervosa als gut gebessert gelten.

Von den beiden seinerzeit als unverändert bzw. verschlechtert entlassenen Patienten (42, 47) war eine (47) bei der katamnestischen Untersuchung gut gebessert, die andere (42) - sie leidet an einer schweren chronischen Anorexia nervosa bei ausgeprägter Psychopathie und Medikamentenabusus - entsprach auch jetzt der damaligen Beurteilung.

Die in der STEINBORN'schen Arbeit nicht erwähnte Patientin 51 - sie wäre der dritten Gruppe zuzuordnen gewesen - war noch im Jahr der Entlassung aus der Universitäts-Nervenklinik verstorben. Es hatte sich um eine schwere chronifizierte Anorexia nervosa gehandelt. Das seinerzeitige Therapieergebnis fiel in die Kategorie : "unverändert".

TABELLE 17 : Vergleich Entlassungsbefund und Befund bei der Katamnese
(Gruppe III)

	Geheilt	Gebessert	Mäßig gebessert	Unverändert, Verschlechtert	Verstorben	Katamnese, erfasst
DAMALS	0	4				
JETZT	0	2	0	0	2	4
DAMALS			4			
JETZT	0	1	3	0	0	4
DAMALS				2		
JETZT	0	1	0	1	0	2

Zuzüglich Patientin Nr. 51 (von STEINBORN nicht erwähnt) Katamnese: verstorben

Id. Nr.	Behandlungs- alter (Jahre)	Anamnese (Monate)	Behandlungs- dauer (Wochen)	Therapieergeb- n. b. Entlassung	Katamn.- Ergebnis	Katamnese nach ... Jahren	Besonderheiten
1	15	7	15	erhebl. gebess.	mäßig gebessert Depression (Symptomwandel)	14	Berufliche Unsicherheit, Keine Umweltkontakte
2	21	72	15	gebessert	mäßig gebess.	7	Berufliche Unsicherheit, Keine Umweltkontakte
3	14,9	9	10	körperl. und psych.-gebess.	geheilt	13	Abgeschlossenes Hochschul- studium, Heirat
4	14,8	8	14	geheilt	geheilt	10	z. Zt. Staatsexamen Positive Umweltkontakte
39	30	72	untersucht. Untersuchung	unverändert	gut gebessert	7	Nicht berufstätig, stark an die Mutter fixiert
41	48,5	65	8	mäßig gebess.	chron. A. n.	5	-
42	29	36	3	unverändert	chron. A. n.	7	Lebt von Sozialunterstützung Schwere Psychopathie
43	34,7	103	5	gut gebessert	gut gebessert	10	Erweiterung der Umweltkontakte Geburt des zweiten Kindes
44	33	24	8	gut gebessert	gut gebessert	10	Stark an die Mutter fixiert
45	40,7	19	16	mäßig gebess.	gut gebessert	7	Beruflich erfolgreich
46	43,5	209	19	mäßig gebess.	chron. A. n.	5	Seit Jahren berentet
47	29	36	2	unverändert	gut gebessert	17	In ärztl. Behandlung wegen Hyperthyreose u. Andmie
48	30	12	6	mäßig gebess.	mäßig gebess.	4	
49	48	120	11	gebessert	verstorben	6	54-jährig verstorben. Bis zuletzt ausgeprägte Anorexie
50	45	72	28	gebessert	verstorben	5	Todesursache unbekannt
51	36	96	8	unverändert	verstorben	4	36-jährig verstorben. Hochgradiger Marasmus

2. Diskussion der katamnestischen Befunde und Vergleich mit den entsprechenden Erfahrungen anderer Autoren

Im Vorhergehenden ist bereits aufgezeigt worden, daß Gruppe I mit der höchsten Zahl an geheilten Patienten imponiert, die zweite und dritte Gruppe in Bezug auf die Heilungs- bzw. Besserungsquote ein überwiegend negatives Ergebnis aufweisen.

Auffällig ist weiterhin, daß sich die Tendenz zu einem chronisch-kontinuierlichen Verlauf der Anorexia nervosa besonders in der zweiten Gruppe findet mit ausgeprägten Zeichen von Gewichtsreduktion, Obstipation und Amenorrhoe, sowie schweren psychopathologischen Veränderungen (24, 25, 26, 35, 28). In der dritten Gruppe erscheint die Symptomatologie der chronischen Verlaufsform als Anorexia nervosa in den meisten Fällen weniger drastisch, häufiger kommt es zu einer Überlagerung durch andere, sich in den Vordergrund schiebende neurotische Züge. Es dominiert das Bild der "dürren alten Jungfer" (J.-E. MEYER) mit Neigung zu Erschöpfungszuständen, vielfältigen Hypochondrien und chronischen Funktionsstörungen der Verdauungsorgane (42, 46). Die älteren Patienten scheinen sich in langen Jahren häufig an ihren Krankheitszustand adaptiert zu haben.

Somit stellt sich am Ende einer katamnestischen Untersuchung die Frage nach Faktoren, die möglicherweise die Heilungschancen der Anorexia nervosa - in positiver oder negativer Hinsicht - beeinflussen könnten:

1. Das Alter

Bei den hier vorgestellten Patienten fanden sich offensichtlich die besten Heilerfolge bei den Jüngeren, den eigentlichen Pubertätsmagersüchtigen.

Interessant ist, daß es sich dabei oft um seinerzeit schwer erkrankte Patienten mit manchmal lebensbedrohlich erscheinendem Zustandsbild handelte (z. B. 3, 4, 8, 11). Nach der vorliegenden Untersuchung darf - in Übereinstimmung mit THOMÄ - angenommen werden, daß das Ausmaß des Gewichtsverlustes allein ein unsicheres Kriterium für die Beurteilung der Prognose der Anorexia nervosa auf lange Sicht ist, sondern daß diese umso ungünstiger wird, je schwerer die zugrundeliegende psychopathologische Störung ist; - so verschlechtert sich die Prognose z. B. wenn Anorexie im Zusammenhang mit einer vorwiegend phobischen, zwanghaften oder depressiven Charakterstruktur steht (z. B. 1, 14). Bei einem späteren Erkrankungsalter, wie es die Patienten der zweiten und dritten Gruppe aufweisen, scheint die Chance einer Remission der Krankheit wesentlich geringer, - Spontanremissionen treten fast nie auf, so daß ein chronischer Verlauf in der postpuberalen Altersphase des Krankheitsausbruches wesentlich häufiger zu registrieren ist. Dies bemerken auch zahlreiche Autoren, wie z. B. BRUCH, THOMÄ, FLECK, LANGE u. a. Es stellen sich Dauerveränderungen ein, die als psychischer Defekt (ZUTT) imponieren. Dies trifft im wesentlichen allerdings auch für diejenigen Fälle von Pubertätsmagersucht zu, die nicht zur Ausheilung kommen (z. B. 9).

Der letale Ausgang der Anorexie scheint ebenfalls bei der in der postpuberalen und im Erwachsenenalter sich manifestierenden Krankheitsform häufiger zu sein als in der Gruppe der Pubertätsmagersüchtigen. Auffallend war bei dieser Untersuchung, daß eine nicht ausgeheilte Pubertätsmagersucht in einem Fall zu einer chronisch-kontinuierlichen, äußerst dramatischen Verlaufsform und schließlich, 10 Jahre nach Krankheitsbeginn, ad exitum führte. Bei dieser Patientin lag jedoch gleichzeitig eine paranoid-halluzinatorische Psychose vor (13). Im übrigen dominierte bei den nicht zur Heilung gekommenen Pubertätsmagersüchtigen der Symptomenwandel, überwiegend im Sinne einer schweren neurotischen Depression (1, 2) sowie als Hyperorexie (14).

2. Äußere Einflüsse

CREMERIUS hat neben anderen Autoren (z.B. CLAUSER, VIEUX et FAU et. al.) darauf hingewiesen, daß bei einer derart chronischen Erkrankung wie der Anorexia nervosa immer daran gedacht werden muß, daß auch äußere Einflüsse das Leiden verändern und gestalten können. Derartige Faktoren dürften auch eine nicht unerhebliche Rolle für die Spätprognose des Leidens spielen, wie sich deutlich an einigen der hier vorgestellten Patienten nachweisen läßt (8, 23, 43). Positive äußere Einflüsse können z.B. sein: Herausnahme aus einem "ungesunden" familiären Milieu und Verbringen in eine, den Patienten akzeptierende Umgebung (23), Eingehen einer glücklichen Partnerbeziehung bzw. Ehe (8), Erweiterung der Umweltkontakte (43). Negative äußere Einflüsse finden sich vor allem als Liebesenttäuschungen (1, 2, 28) und in Form unglücklicher häuslicher Verhältnisse (42, 46, 24, 25).

3. Psychische Faktoren

Die Erkenntnis vieler Autoren, daß sich depressive, schizoide und süchtige Strukturen besonders ungünstig auf die Prognose bzw. die Heilungschancen der Anorexia nervosa auswirken, kann auch aus der hier dargelegten Untersuchung bestätigt werden. So fand sich bei Patienten, bei denen schon während der Behandlung derartige Züge stärker hervorgetreten waren, in der katamnästischen Nachuntersuchung meist auch keine wesentliche Besserung des ursprünglichen Befundes (24, 25, 26, 28, 42, 46) bzw. in einigen Fällen ein Zurücktreten der anorektischen Symptomatik zugunsten anderer, jetzt in den Vordergrund getretener schwerer psychischer Veränderungen, wie z.B. in Form einer schweren neurotischen Depression (1, 2) oder eines exzessiven Medikamentenabusus (28, 42) (vorwiegend Mißbrauch von Schlaf- und Schmerzmitteln). Bei der Patientin (28) soll sich nach Ansicht der behandelnden Ärzte durch den über Jahre hindurch betriebenen Schlafmittelabusus eine symptomatische Epilepsie entwickelt haben. Das psychopathologische Phänomen der Süchtigkeit findet sich gerade

im Rahmen der nervösen Anorexie gehäuft; oft sind die Kranken nach irgendetwas süchtig, insbesondere nach Alkohol, Zigaretten und Medikamenten. MEYER hat sehr treffend ausgedrückt, daß die Abhängigkeit vom Suchtmittel letztlich nichts anderes ist, als ein Ersatz für die Abhängigkeit von oralen Bedürfnissen, die der Kranke überwinden will.

Auch die Hyperorexie läßt sich in diesem Sinn als süchtiges Verhalten verstehen. Es kommt hier, wie THOMÄ es ausdrückt, zu ... "keiner länger dauernden Stillung des Hungergefühls, weil der Hunger, wie bei sehr vielen Toxikomanen, nicht nur ein somatisch bedingtes Bedürfnis ist, sondern zugleich das Bedürfnis nach Ausfüllung einer existentiellen Leere..."

Auf die enge Beziehung zwischen Anorexie und Hyperorexie hat ZIOLKO hingewiesen. Er legt in sehr eindrucksvoller Weise dar, daß Anorexie nicht erschöpfend erfaßt ist, als eine bloße Einschränkung von Nahrungsaufnahme, sondern vielmehr als "(suchtartige) Negation von Hyperorexie" verstanden werden muß. Nur in diesem Sinne ist auch einzusehen, daß u. U. beide Symptombilder bei demselben Patienten vorkommen können; am häufigsten in der Form der Hyperorexie als langfristigen Wechsel gegensätzlicher, alternierender Eßstörungen. Zur Problematik Hyperorexie - Anorexie ist aus dem hier diskutierten Krankengut besonders die schon in verschiedenen Zusammenhängen mehrfach erwähnte Patientin 14 anzuführen. Bei ihr hatte vor dem Ausbruch der Anorexie eine starke Übergewichtigkeit bestanden. Auf die Nachricht hin, daß ihre Freundin unehelich schwanger sei, hatte sie mit Appetitmangel, Erbrechen und Amenorrhoe reagiert. (Gewichtsreduktion : 14 Kilogramm). Die anorektische Phase war jedoch nur von kurzer Dauer gewesen, denn 2 Jahre nach der Entlassung aus der Universitäts-Nervenklinik mußte die Patientin erneut stationär aufgenommen werden - diesmal allerdings unter dem Krankheitsbild der Hyperorexia nervosa. Innerhalb von 5 Monaten hatte sie ihr Gewicht um 10 Kilogramm erhöht - die Polyphagie war so übermächtig, daß

sie sogar nachts aufstehen mußte um zu essen, - aus "Verzweiflung" und "um bei Kräften zu bleiben."

Die Patientin, die auch katamnestisch eine starke Übergewichtigkeit aufwies gab bei der Befragung jedoch überraschenderweise an, nur sehr wenig zu essen, da sie angeblich keinen Appetit habe. Auch beständen Aversionen gegen Butter, Eier und Fleisch.

Trotz dieser Negierung einer vorliegenden dauernden oder zumindest episodenhaft durchbrechenden Hyperorexie darf als sicher gelten, daß eine solche auch jetzt noch besteht. Dafür sprechen: 1. der rein äußerliche Aspekt der sonst nicht erklärbaren starken Übergewichtigkeit, 2. das Vorhandensein wesentlicher, zum Krankheitsbild gehörender psychopathologischer Auffälligkeiten hinsichtlich des Verhaltens zur Nahrung, - Aversionen gegen bestimmte Nahrungsmittel, gehäuftes starkes Erbrechen, 3. hartnäckige Obstipation, erhebliche Unregelmäßigkeiten im Zyklus, Frigidität. Das Leugnen der Hyperorexie durch die Patientin könnte demnach vielleicht im Sinne des (unbewußten?) Negierens triebhaften Durchbruchs unterdrückter Eßimpulse (angeblich kein Appetit!) verstanden werden, welche wiederum Verzweiflung und Schuldgefühle verstärken und erneut Angst und Erbrechen sowie mehr oder weniger ausgeprägte anorektische Symptomatik induzieren. Im Grunde könnte bereits das Erbrechen als unbewußter Mechanismus einer Leugnung vorangegangener Eßgier (=gierhafter Hyperorexie) verstanden werden. Überwiegt in dem eben diskutierten Fall die Hyperorexie über die Anorexie, so zeigte die Patientin 8 im Verlaufe der langjährigen Erkrankung die klassische Symptomatik des Alternierens von Nahrungsabstinenz und Polyphagie, wobei die bewußte Nahrungseinschränkung überwog. Es kam zwar typischerweise zum Heimlich-Essen übermäßiger Mengen von Nahrungsmitteln, worauf konsekutiv jedoch - meist artefiziell ausgelöstes - Erbrechen folgte, das eine Gewichtszunahme verhinderte.

4. Therapie

Die Behandlungsmethoden - sowohl somatischer als auch psychotherapeutischer Art - zeigen eine durch Beliebigkeit und fehlende Methodik ausgezeichnete Vielfalt; Heilerfolge werden in der Literatur bei allen möglichen Therapieverfahren angegeben, ebenso wie therapeutische Versager.

Nachdrücklich wird auch immer wieder auf die behandlungstechnischen Schwierigkeiten bei Anorexia-nervosa-Kranken hingewiesen. Die Bereitschaft, sich einer Therapie - gleich welcher Art - zu unterziehen, ist in den meisten Fällen überhaupt nicht vorhanden oder außerordentlich gering. Dies drückt sich auch besonders in der sehr hohen Abbruchquote bei psychotherapeutischen Behandlungen von Seiten der Patienten aus.

Weiterhin ist es, wie bereits CREMERIUS betonte, bei der Erfolgsbeurteilung der Anorexia nervosa oft schwer zu entscheiden, ob eine Besserung als therapiebedingt oder als Spontanremission anzusehen ist. Somit bestätigt sich auch die Ansicht von ZIOLKO, daß der Behandlungserfolg nicht von der Art der therapeutischen Maßnahmen abhängig ist.

Mit dem Auftreten von Spontanremissionen darf bei Pubertätsmagersüchtigen gerechnet werden. Bei dem in dieser Arbeit vorgestellten Krankengut fanden sich Spontanremissionen bei 3 nur ambulant untersuchten Patienten (19, 20, 22), die schwere Krankheitsbilder geboten hatten, mit Tiefstgewichten bis zu 29 kg, Amenorrhoe und Obstipation. Bei einer Patientin (20) hatte die Angst vor Realisierung der väterlichen Drohung, sie in eine Klinik zur Zwangsfütterung einweisen zu lassen, zur Aufhebung der Nahrungseinschränkung geführt. Im weiteren Verlauf war sie allerdings noch ca. ein halbes Jahr lang einmal wöchentlich in Form eines lockeren psychotherapeutisch orientierten Gespräches von ärztlicher Seite aus betreut worden. In der Rückschau bezeichnet die geheilte Patientin die Zeit ihrer Krankheit als für sie "verlorene Jahre".

Die beiden anderen erwähnten Patienten (19, 22) sind weder stationär noch ambulant behandelt worden. Nach einem durchschnittlichen Krankheitsverlauf von 5 Jahren war es bei beiden zu einer völligen Restitution gekommen.

Bei anderen Patienten aller 3 Gruppen wurde dagegen auch trotz intensiver psycho- und somatotherapeutischer Bemühungen kein Heilerfolg erzielt (1, 14, 24, 25, 28, 26, 35, 42, 46).

Hinsichtlich der Wahl der Behandlungsmethode ist jedoch anzunehmen, daß eine sachgemäß durchgeführte psychoanalytische Behandlung auf die Dauer gesehen die besseren Heilungsergebnisse erreicht, als somatische Zwangsmaßnahmen ohne Berücksichtigung der zugrundeliegenden psychodynamischen Geschehnisse. Diese Ansicht wird z. B. von THOMÄ vertreten, der optimale Therapieerfolge durch psychoanalytische Behandlung erzielen konnte. (Katamnese nach durchschnittlich 5 Jahren: 4 geheilt, 13 gebessert, 1 verschlechtert). Der Autor vergleicht seine gewonnenen Ergebnisse mit denen von KAY und LEIGH aus dem Maudsley Hospital, London. KAY und LEIGH hatten über 35 Patienten berichtet, die vorwiegend mit strenger Diät, Insulin, Hormonen und Elektroschocktherapie behandelt worden waren. Katamnestisch waren 8 verstorben, 4 geheilt, 12 angepaßt, 11 chronisch krank. Aus diesem Vergleich folgert THOMÄ, daß bei einer systematisch durchgeführten und auf psychoanalytischem Wissen aufgebauten Psychotherapie insgesamt günstigere Heilungsergebnisse erzielt werden als bei anderen Behandlungsmethoden.

8 Patienten KAYs waren allerdings psychotherapiert worden, 7 von ihnen jedoch ohne Erfolg. Nach Ansicht von THOMÄ dürfte dieses fast vollständige Scheitern der Psychotherapie bei den Fällen von KAY darauf zurückzuführen sein, daß die psychoanalytische Technik und Theorie ungenügend angewandt wurde.

Zur Stützung der Theorie, daß somatische Zwangsmaßnahmen auf die Dauer häufig nicht zu einer Heilung sondern zu einer Verdrängung der

zugrundeliegenden Konfliktsituation führen, sei eine der katamnestisch untersuchten Patienten der ersten Gruppe angeführt (21).

Sie hatte auf Grund der bei ihr seinerzeit bestehenden Pubertätsmagersucht mit erheblicher Gewichtsreduktion bis auf ca. 30 kg, im Rahmen einer stationären internistischen Behandlung Zwangsfütterung über sich ergehen lassen müssen. Im Verlaufe dieser Maßnahme war es zwar zu einer erheblichen Besserung des somatischen Zustandsbildes gekommen, die Patientin hatte jedoch ihren eigenen Angaben zufolge noch Jahre hindurch mit innerer "Unausgeglichenheit und Problematik in bezug zur Nahrung" gelebt. Im katamnestischen Gespräch betonte sie spontan, daß sie damals vor allem das Bedürfnis gehabt hätte, über ihre seelische Problematik zu sprechen. Interessanterweise dekompenzierte die Betreffende vor einem Jahr im Rahmen einer interfamiliären Konfliktsituation erneut mit Appetitlosigkeit, Nahrungseinschränkung und ausgeprägten gastro-intestinalen Beschwerden, so daß eine achtwöchige Behandlung in einer Klinik für psychogene Erkrankungen nötig wurde.

CREMERIUS wiederum verneint die Frage, ob Magersuchtpatienten welche sich zu einer Psychotherapie entschlossen, eine bessere Spätprognose haben als jene, welche eine solche Behandlung ablehnten. Und er führt weiter aus ... " in diesem Punkte weichen also die Magersuchtpatienten von anderen Patienten mit chronischen Neurosen ab, bei denen beobachtet werden konnte, daß diejenigen, welche sich zu einer Psychotherapie entschließen, die bessere Prognose haben. "

Inwieweit eine über Jahre gehende psychoanalytische Therapie imstande ist, bei schwersten Erkrankungsfällen wenigstens Teilremissionen herbeizuführen, ist nicht aus dem hier diskutierten Krankengut zu beantworten. Hinzuweisen wäre in diesem Zusammenhang vielleicht noch auf eine Patientin (26), die, an einer schweren chronischen Anorexie erkrankt, sich seit Jahren in ambulanter, psychoanalytischer Behandlung befindet und immer wieder dekompenziert, wenn die sie behandelnde Therapeutin für längere Zeit abwesend ist. Es wird dann

meist stationäre Aufnahme über einen kürzeren oder längeren Zeitraum nötig. Als Positivum ist zu bewerten, daß die Patientin nach langer Arbeitsunfähigkeit jetzt bereits seit mehreren Jahren voll in ihrem Beruf tätig ist und fähig war, sich aus der überaus starken Fixierung an die Mutter zu lösen, und dies auch durch die räumliche Trennung - Bezug einer eigenen Wohnung - zu vollziehen.

Bei 2 anderen Patienten wiederum kam es erst nach dem bewußt vollzogenen Abbruch der psychoanalytischen Behandlung zu weitgehender Besserung des Krankheitsbildes (23, 29).

Wichtig erscheint, daß die anzuwendende Therapie in jedem Fall weitgehend individuell - aus den Kenntnissen der zugrundeliegenden psychogenetischen Bedingungen gestaltet werden sollte ... "Treatment must be individualized, no single technique will be effective for all patients... since the problem becomes one of selecting the proper treatment for the individual, whose real illness may range from a transient emotional disturbance to a chronically disabling schizophrenia ..." (BLISS and BRANCH).

. ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Arbeit wird über eine katamnestische Untersuchung an 44 Patienten (43 ♀, 1 ♂) berichtet, die aufgrund der Diagnose: "Anorexia Nervosa" in die Universitäts-Nervenklinik der FU Berlin während der Jahre 1951 bis 1966 (Mai) zum größten Teil stationär aufgenommen und in vereinzelten Fällen auch nur ambulant untersucht worden sind.

Die Zeit zwischen klinischer Entlassung und Erhebung der Katamnese betrug zwischen 4 und 19 Jahren, im Durchschnitt 9 Jahre.

Die Patienten waren je nach dem Erkrankungsalter 3 verschiedenen Gruppen zugeordnet worden:

- Gruppe I : Pubertätsmagersucht (Erkrankungsbeginn zwischen dem 13. - 18. Lebensjahr)
- Gruppe II : Postpubertätsmagersucht (Erkrankungsbeginn zwischen dem 19. - 25. Lebensjahr)
- Gruppe III : Erwachsene mit Anorexia nervosa (Erkrankungsbeginn nach dem 26. Lebensjahr)

Die Krankheitsbilder der einzelnen Patienten sind ausführlich in der Dissertation von A. STEINBORN : "Anorexia nervosa" dargestellt. Die Numerierung der Patienten in der hier vorgelegten Arbeit entspricht der der erwähnten Voruntersuchungen von STEINBORN.

Die katamnestischen Beurteilungskriterien bezogen sich auf: 1. den somatischen Aspekt, 2. den psychologischen Befund, 3. den sozialen Bereich (Berufsleben, Familienstand).

Folgende Ergebnisse wurden gewonnen:

1. 21 Patienten waren geheilt bzw. gut gebessert, 10 nur mäßig gebessert, 6 unverändert oder verschlechtert (im Sinne eines chronischen Verlaufes), 7 Patienten waren verstorben.
2. Die höchste Heilungsquote (insgesamt 11 Patienten) fand sich bei den Pubertätsmagersüchtigen (Gruppe I), - die schlechtesten Ergebnisse wiesen Patienten auf, bei denen die Krankheit in der postpuberalen Altersphase (Gruppe II) aufgetreten war (3 geheilt, 2 gebessert, 1 mäßig gebessert, 5 chronisch) - auch fanden sich in dieser Gruppe chronische Formen in besonders schwerer Ausprägung der anorektischen und psychopathologischen Symptomatik.
3. Nur mäßige Erfolge waren auch bei den Patienten zu registrieren, bei denen sich die Anorexie erst im Erwachsenenalter manifestiert hatte (Gruppe III : 4 gebessert, 3 mäßig gebessert, 1 chronisch), - es scheint jedoch, als ob es im höheren Lebensalter zu mehr abortiven Verlaufsformen der Magersucht kommt und statt ausgeprägter Anorexie ängstlich hysteriforme und hypochondrische Züge - besonders in bezug auf den Verdauungstrakt - dominieren.
4. Bei 3 Patienten der ersten Gruppe kam es zu einem Symptomwandel (Depression in 2 Fällen, Hyperorexie in einem Fall).
5. Eine Patientin - ebenfalls der ersten Gruppe zugehörig - entwickelte bereits z. Zt. der früheren klinischen Behandlung der Erkrankung eine paranoid-halluzinatorische Psychose.

Aus den gewonnenen Untersuchungsergebnissen ließen sich - in aller Vorsicht - verschiedene Folgerungen ziehen:

- a) Therapieergebnis nach der klinischen Behandlung und späterer katanestischer Befund müssen nicht identisch sein, - letzterer kann

sowohl in positiver als auch in negativer Hinsicht von ersterem abweichen. Ergebnisse, wie sie nach einer Behandlung vorliegen, lassen also nicht ohne weiteres einen Schluß bezüglich der Spätprognose zu.

- b) Das Ausmaß der Gewichtsreduktion ist allein ein unsicheres Kriterium für die Prognose auf lange Sicht. Der Krankheitsverlauf wird vor allem von der Schwere der psychopathologischen Symptomatik bestimmt.
- c) Für die Heilungschance scheint der Stellenwert der Krankheit insofern wichtig, als sich n.a. ein besseres Ergebnis bei den Kranken fand, bei denen die Anorexie lediglich als "Pubertätskrise" aufgetreten war; dagegen zeigten solche Patienten praktisch keine Neigung zu Remissionen, bei denen die Anorexie den Ausdruck eines komplexen Geschehens vielfältiger - tief in die Strukturen der Leiblichkeit eingreifender - neurotischer Störungen darstellte.
- d) Auf Grund der hier dargelegten Untersuchungen kann angenommen werden, daß das Krankheitsbild selbst nach jahrelangem Verlauf und Rezidiven noch besserungsfähig ist und es zu einer vollen sozialen und individuellen Integration zu kommen vermag.
- e) Besonders ungünstig auf die Heilungschancen wirken sich depressive, schizoide und süchtige Charakterstrukturen aus. Es kommt zu gehäuftem Auftreten von Abusus, besonders Medikamente, Alkohol und Nikotin betreffend. Auch der Übergang der Anorexie in eine vorwiegende Hyperorexie ließe sich so vom psychodynamischen Gesichtspunkt als süchtiges Verhalten verstehen.
- f) Die Therapie der Anorexia nervosa sollte in jedem Fall weitgehend individuell - aus den Kenntnissen der zugrundeliegenden psychogenetischen Bedingungen heraus - gestaltet werden.

E. KRANKENGESCHICHTEN - ÜBERSICHT

(Numerierung der Patienten entspricht derjenigen bei STEINBORN)

Fall 1: 1940 geboren, seit dem 14. Lebensjahr Apathie, Appetitlosigkeit, Depressivität. Innerhalb eines Monats ca. 5 kg Gewichtsverlust. Obstipation, Amenorrhoe. Nach kurzem Aufenthalt in einer Kinderklinik, wo eine "Pubertätsdepression" diagnostiziert wurde, stationäre Aufnahme in die Universitäts-Nervenlinik im Alter von 15 Jahren. Dort fünfzehnwöchige Behandlung (Psychotherapie, Insulin, Sedierung, Pharmakotherapie). Rasche Besserung. Nach 4 Wochen bereits spontanes Wiederauftreten der Menses. 1962 erneut stationäre Aufnahme. Klagen über Interesse- und Kontaktlosigkeit, Obstipation, Laxantienabusus, Anorexie. Nach 12 Wochen Entlassung.

Therapieergebnis: erheblich gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf:

1964 - 1966 Tätigkeit als Korrespondentin in London. Nach Liebesenttäuschung reaktive Depression; sechswöchige Behandlung in einer Nervenlinik. Anschließend Rückkehr nach Deutschland. Arbeit als Stenokontoristin. Von Mitte 1967 bis Februar 1969 ambulante psychotherapeutische Behandlung. (ca. 150 Behandlungsstunden). Auf den kassentechnisch limitierten Abbruch der Behandlung reagierte die Patientin mit schwerer Depression, die sechsmonatige stationäre Behandlung in einer Nervenlinik erforderte. Zur Zeit der Katamnese hielt sich die Patientin noch tagsüber in der oben erwähnten Klinik auf und kehrte nur zum Schlafen nach Hause zurück. Keine Berufstätigkeit. Seit Jahren amenorrhöisch.

Katamnese:

Bei Besserung der Anorexie weiterhin Amenorrhoe und Obstipation und starkes Hervortreten depressiver und neurotischer Züge. Symptomenwandel.

Fall 2 : 1941 geboren. Einziges Mädchen unter 3 Brüdern. Vater war Pfarrer. Frühkindliche Entwicklung unauffällig. Nach dem 13. Lebensjahr wurden die anfangs ausgezeichneten Schulleistungen schlechter. Kontaktschwierigkeiten. Opponierte gegen väterliches Autoritätssystem durch gegen teiliges Verhalten. Zu dieser Zeit betrug das Körpergewicht 75 kg. Mit 15 Jahren Einsetzen der Magersuchtssymptomatik nach erster Freundschaft mit einem Jungen, die von diesem nach kurzer Zeit abgebrochen wurde. Daraufhin Auftreten von Appetitlosigkeit, Obstipation, Amenorrhoe.

Mit 20 Jahren wurde die Appetitlosigkeit stärker. In kurzer Zeit ca. 14 kg Gewichtsverlust. Ausbildung eines Waschzwanges. Unterbrechung des Studiums wegen Konzentrations- und Leistungsschwäche. 1962 stationäre Aufnahme und viermonatige klinische Behandlung.

Therapieergebnis : gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Nach Entlassung aus der Klinik ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung, die von seiten der Patientin nach ca. 100 Stunden in gebessertem Zustand abgebrochen wurde. Nach dem Abschlußexamen des Studiums der Kirchenmusik 1963 wiederum Gewichtsverlust und schlechtes Allgemeinbefinden. Deswegen vierwöchige Behandlung auf einer internen Station. Anschließend zweijährige Tätigkeit in ihrem Fachbereich. Danach Beginn des Studiums der Humanmedizin. Vorphysikum mit Erfolg nach dem zweiten Semester bestanden. Ca. 1964 spontanes Wiedereinsetzen der Menstruation. Jetzt angegebenes Gewicht ca. 62,5 kg (Größe 1,73 m). Regelmäßige Einnahme von Laxantien. Nikotinabusus. Stimmung depressiv. Erhebliche Kontaktschwäche, Antriebsstörungen.

Katamnese : mäßig gebessert

Fall 3 : 1942 geboren. Einzelkind. Mit 14 Jahren während einer Reise mit den Eltern Auftreten einer stärkeren Obstipation. Auf die Bemerkung von Klassenkameraden, sie sei dick, intensive Nahrungseinschränkung. Innerhalb von zwei Monaten ca. 15 kg Gewichtsverlust. Ständiges Erbrechen von Schleim. Primäre Amenorrhoe. Verschlechterung der Schulleistungen. Häufig depressiv. Empfund sich nicht mehr als Mädchen, sondern als Knabe. 1956 Aufnahme in die Universitäts-Nervenklinik mit einem Gewicht von 34 kg. Nach 10 wöchiger Behandlung Entlassung, einen Monat später erneute Aufnahme wegen eines Rezidivs. In psychotherapeutischen Gesprächen wurde Tendenz des Kind-Bleiben-Wollens deutlich sowie das Problem einer fehlenden Identifizierung mit der Mutter. Nach neun Wochen mit erheblichem Gewichtsanstieg und Distanzierung von ihrer Fehleinstellung zur ambulanten Weiterbehandlung durch die Klinik entlassen.

Therapieergebnis : körperlich und psychisch gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

(nach Auskunft der Mutter) Nach Architekturstudium in diesem Beruf als Architektin tätig. Verheiratet. Keine Kinder. Will von der Zeit ihrer Erkrankung endgültig nichts mehr wissen. Normgewichtig.

Katamnese : geheilt.

Fall 4 : 1945 als drittes Kind geboren. Vater Diplom-Ingenieur, sehr pflichtbewußt und streng. Mutter weich, wenig zärtlich. Mit 14 Jahren lief die Patientin anlässlich eines Ferienaufenthaltes den Eltern fort, kehrte erst nach einigen Tagen zurück. Als Grund wurde angegeben, daß sie den Zwang in der Familie nicht länger habe ertragen können. Nach einer Entscheidung zwischen dem mathematischen und dem sprachlichen Zweig des Gymnasiums plötzlich Ausbleiben der Menses. Seit dieser Zeit nur noch geringe Nahrungsaufnahme, Abmagerung auf 33,3 kg. Stationäre Aufnahme mit 14 Jahren (1959). Anfänglich Nahrungsverweigerung. Zuweilen jedoch auch Polyphagie, meistens heimlich. Behandlung vorwiegend in Form psychoanalytisch orientierter Gespräche. Nach 14 Wochen Gewichtszunahme um 13 kg.

Therapieergebnis : geheilt

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Normaler Abschluß der Oberschule. Studium der Diplommathematik. Z. Zt. im Staatsexamen. Menses regelmäßig. Normgewichtigkeit. Keine zwischenzeitlichen Krankenhausaufenthalte. Lebt in eigener Wohnung.

Katamnese : geheilt.

Fall 5 : 1943 geboren. Einziges Kind. Mit 13 Jahren Menarche. Nach drei Monaten Aussetzen der Menses. Mit 14 Jahren Körpergewicht : 52 kg. Auf eine Bemerkung hin : sie solle nicht so viel essen, sonst sähe sie bald aus, wie ihre - dicke - Mutter, begann sie, weniger zu essen. Nach einigen Monaten 12 kg Gewichtsverlust. Mit 15 Jahren stationäre Aufnahme. Es wurde von der Patientin Angst vor dem Essen angegeben. Sie wollte von dieser Angst befreit werden. In der Klinik zunächst Abnahme um weitere 2 kg. Nach einigen Wochen jedoch spontane Nahrungsaufnahme. Nach 12 Wochen Gewichtszunahme um 1,5 kg. Psychisch gebessert.

Therapieergebnis : geheilt

Zwischenzeitlicher Verlauf :

In den ersten Jahren nach der Entlassung Polyphagie. Daneben Trinken großer Mengen eiskalter Getränke. Trotzdem keine Gewichtszunahme. Keine regelrechte Berufsausbildung, da nötiges Durchhaltevermögen fehlte. Mit 22 Jahren Heirat. Frigidität, keine Kinder. Hatte vor einigen Jahren angeblich ein Magengeschwür, das mit Diät ausgeheilt worden sei. Mit 25 Jahren Operation wegen eines histologisch gesicherten Sigma-Carcinoms. Jetzt angegebenes Gewicht ca. 52 kg. Menses regelmäßig.

Katamnese : mäßig gebessert (Symptomwandel?)

Nachtrag : Ende 1970 wurde die Patientin von ihrem Hausarzt an das Institut für psychogene Erkrankungen überwiesen, wegen depressiver Verstimmungen, Angst und verschiedenartiger Organbeschwerden.

Fall 6 : 1945 geboren. Beginn der Symptomatik mit 14 Jahren. Zunehmende Lustlosigkeit, Abkapselung, Nahrungseinschränkung. Gleichzeitig Auftreten von Amenorrhoe und Obstipation. Stark depressive Züge. Nach zweimaliger erfolgloser klinischer Behandlung in einer Kinderklinik (Diagnose : endogene Depression in der Pubertät, Anorexia nervosa) Aufnahme in die Universitäts-Nervenklinik, im Alter von 15 Jahren. starke Ablehnung jeglicher Nahrungsaufnahme erforderte zunächst Zwangsfütterung. Nach siebenmonatiger stationärer Behandlung war die Patientin psychisch aufgelockerter, Verhalten zur Nahrung jedoch noch unausgeglichen. Vereinbarung einer ambulanten psychotherapeutischer Weiterbehandlung.

Therapieergebnis : mäßig gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

(Leider nur durch Briefe bis Ende 1966 bekannt). Ein Jahr nach Entlassung aus der Klinik - während der ambulanten Weiterbehandlung - Suicidversuch durch Einnahme von Schlaftabletten. Nach Wiederherstellung Rückkehr der Patientin zu ihren Eltern in die DDR. Studium der Kirchenmusik, brach dieses jedoch zwischenzeitlich wieder ab, versuchte mehrere andere Ausbildungswege (Krankenschwester, Katechetin), allerdings nie länger als für ein halbes Jahr. Schließlich doch Fortsetzung des Studiums der Kirchenmusik. Beginn des drittletzten Semesters. Patientin äußerte sich in ihrem letzten Brief zufrieden über ihr Studium. Wirkte zum ersten Mal im Rahmen einer kirchlichen Abendmusik erfolgreich als Solistin mit (1966).

Katamnese : (mäßig) gebessert

Fall 7 : nicht erfaßt

Fall 8 : 1940 geboren. Zweites von 3 Mädchen. Vater verstarb, als die Patientin 5 Jahre alt war. Die Mutter hatte wenig Interesse für die Kinder und häufig wechselnde Partnerbeziehungen. Als Säugling galt die Patientin als "Groschengrab" der Familie, ebenso als Achtjährige. Bei der - frühzeitigen - Sauberkeitserziehung Affektkrämpfe. Einnässen bis zum 5. Lebensjahr. Mit 2 Jahren noch nicht gelaufen, mit 3 Jahren noch nicht gesprochen. Bis zum 7. Lebensjahr Stottern. Lange Zeit pavor nocturnus. Weinkrämpfe und Ohnmachtsanfälle, sobald sie nicht genügend Bestätigung fand. Mit 12 Jahren vorübergehend psychagogische Behandlung. Nach Blinddarmoperation mit 14 Jahren verstärkte sich eine schon im Kleinkindesalter vorhandene Obstipation. Die deshalb vorgeschlagene Diät nahm sie zum Anlaß, sich nur noch von Obst und Rohgemüse zu ernähren. Innerhalb eines Jahres Gewichtsreduktion auf 28 kg. Menarche war noch nicht eingetreten. Entwicklung eines starken Eigentumsgefühls, sowie eines Waschzwanges. Mit 14 Jahren Aufnahme zur stationären Behandlung in die Universitäts-Nervenklinik. Trotz Kachexie erstaunliche Vitalität. Nach anfänglichem Widerstand gegen die Nahrungsaufnahme ständige Gewichtszunahme um ca. 2 kg/Woche. Nach 16 wöchiger Behandlung Entlassung. Nach 6 Monaten erneute Aufnahme da wiederum erhebliche Gewichtsreduktion. Nach weiteren 19 Wochen mit einem Körpergewicht von 47,4 kg entlassen.

Therapieergebnis : körperlich und psychisch gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Kurz nach der Entlassung erneut erhebliche Gewichtsreduktion. Zweijährige Behandlung in einem psychagogischen Kinderheim in Westdeutschland. Nach kurzem Aufenthalt zu Hause (ca. 1/2 Jahr) wiederum Entwicklung einer hochgradigen anorektischen Symptomatik. Weitere 1 1/2 Jahre psychagogische Behandlung in oben erwähntem Heim. Anschließend mehrere Jahre ambulante psychotherapeutische Behandlung. Häufiges Auftreten von hyperorektischen Phasen, besonders nachts. Mit 27 Jahren Heirat. Seit dieser Zeit kontinuierliche Besserung des Krankheitsbildes. Normgewichtigkeit (54 kg), nur noch selten hyperorektische Tendenzen. Mit 28 Jahren erstmaliges spontanes Auftreten der Menstruation. Vollberuflich als Senatsangestellte tätig.

Katamnese : gut gebessert

Fall 9 : Zweites von 3 Kindern. Erbrach schon als Kind, wenn sie nicht genügend Bestätigung fand. Ehrgeizige Schülerin. Auf Wunsch des Vaters Ausbildung als Kontoristin, - war dann im Unternehmen des Vaters mitbeschäftigt.

Körpergewicht mit 14 Jahren 70 kg. Nach einer Auseinandersetzung

mit dem Vater Auftreten von Magenschmerzen, Appetitlosigkeit, Amenorrhoe. Erste klinische Behandlung mit 19 Jahren, mit gutem Erfolg. Ein Jahr später nach Verlobung und auf das sexuelle Drängen des Verlobten hin, zweite klinische Behandlung notwendig. Erneute Symptomanifestation nach 13 Jahren, nachdem die Patientin inzwischen geheiratet, ein Kind geboren hatte und seit 7 Jahren wieder geschieden war. Nach der Geburt Menses unregelmäßig, - seit der Scheidung Amenorrhoe, Magersuchtssymptomatik mit extremer Abmagerung (35 kg), Nahrungsablehnung bei zeitweiligem Heimlichessen, Erbrechen, Diarrhoen, außerdem fast phobischer Rückzug und Abkapselung von der Umwelt. Nach zweiundzwanzigwöchiger psychotherapeutischer stationärer Behandlung deutliche Besserung im psychischen Verhalten. Gewichtszunahme 2 kg. Nach Entlassung aus der stationären Behandlung ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung, die nach 120 Stunden durch die Patientin abgebrochen wurde.

Therapieergebnis : geheilt

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Patientin lebt zwar in eigener Wohnung jedoch in einem Haus mit der Mutter, zu der ein sehr ambivalentes Verhältnis besteht. Vor 4 Jahren stationäre Behandlung wegen Durchblutungsstörungen im linken Bein, gehäufte Ohnmachtsanfälle und Kachexie. (Körpergewicht : 34 kg). Seit ca. einem Jahr zunehmende Besserung des AZ und EZ. Anstelle der seit 13 Jahren bestehenden Amenorrhoe ist die Menstruation mit dem Beginn der Gewichtszunahme schwach und alternierend wieder aufgetreten. Klagen über Diarrhoen und Schlafstörungen, ansonsten wird subjektives Wohlbefinden angegeben. Außer zur Mutter und zur Tochter keine Umweltkontakte. Jetzt angegebenes Gewicht : 47 kg. Patientin ist berentet.

Katamnese : mäßig gebessert.

Fall 10 : Einziges Kind. Angeborene Hüftgelenkdysplasie. Zahlreiche erfolglose Operationen. Ablehnung des Essens mit 16 Jahren, da Nahrungsaufnahme mit Angstgefühl und Brechreiz verbunden war. Gleichzeitig Auftreten von Amenorrhoe und Obstipation. Stationäre Aufnahme mit 17 Jahren in stark abgemagertem Zustand. Auf Grund der Nahrungsverweigerung zunächst Sondenernährung. Nach 10 Wochen zunehmende psychische Stabilisierung bemerkbar. Vater nahm Patientin jedoch vorzeitig aus der Klinik mit der Absicht eines homöopathischen Behandlungsversuchs.

Therapieergebnis : mäßig gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Zahlreiche erfolglose Hüftgelenkoperationen, Patientin auf Grund der körperlichen Behinderung überwiegend bettlägerig. Dreijährige Ausbildung als Kunstgewerblerin mit Abschlußprüfung in einer orthopädischen Klinik. Menses wieder aufgetreten, allerdings unregelmäßig und sehr stark. Gewicht jetzt zwischen ca. 67 - 68 kg.

Katamnese : (Anorexia) geheilt

Fall 11 : Drittes von 4 Kindern. Ehe wurde geschieden als Patientin 8 Jahre alt war. Wuchs bis zum 7. Lebensjahr bei einem Onkel auf. Bis zum 12. Lebensjahr war sie "etwas dick". Auf eine Bemerkung des Vaters hin, daß er "nur schlanke Frauen liebe" Nahrungseinschränkung. Einnahme reichlicher Mengen Laxantien. Mit 13 Jahren Amenorrhoe. Rapide Gewichtsabnahme in den folgenden 3 Jahren. Mit 16 Jahren stationäre Behandlung, Diagnose: Pubertätsmagersucht. Trotz Kachexie, Unruhe und Bewegungsdrang. Zweimaliger demonstrativer Suicidversuch. Nach sechswöchiger Behandlung erhebliche psychische und körperliche Besserung. Verlegung in eine andere Klinik von der uneinsichtigen Mutter veranlaßt.

Therapieerfolg : körperlich und psychisch gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Noch längerer stationärer Aufenthalt in einer anderen Klinik für psychogene Erkrankungen. Anschließend für ca. 2 Jahre ambulante psychotherapeutische Behandlung. Angeblich völlige Heilung. Studium an der Berlitz-Schule mit gutem Abschluß als Fremdsprachensekretärin. Seit mehreren Jahren in den USA als Chefsekretärin tätig.

Katamnese : geheilt

Fall 12 : nicht erfaßt

Fall 13 : 1941 geboren, zweites von 3 Kindern. Angeblich normale und unauffällige Entwicklung. Mit 18 Jahren Amenorrhoe. Gleichzeitig Eßstörungen. Häufig heimliches Erbrechen. Übermäßiger Genuss von Coca-Cola. Nikotinabusus. Suicidgedanken. Mit 21 Jahren stationäre Aufnahme in stark abgemagertem Zustand. Neben der klassischen Magersucht wurde eine paranoid-halluzinatorische Psychose diagnostiziert.

Während der folgenden psychotischen Schübe und mehrmaliger klinischer Aufenthalte Weiterbestehen der Anorexiesymptomatik.

Therapieergebnis : gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Insgesamt 14maliger stationärer Aufenthalt in Psychiatrischen Kliniken ohne wesentlichen Therapieerfolg. 1966 Aufgabe des Arbeitsverhältnisses. 6 ernsthafte Suicidversuche. Im Vordergrund des Krankheitsgeschehens anorektische Symptomatik bei völliger Krankheitsuneinsichtigkeit. Abmagerung bis zum Marasmus. Letztes registriertes Körpergewicht 24 kg (Größe : 1,55 m). Ex. let. im Alter von 27 Jahren in einer psychiatrischen Klinik unter den Zeichen des zentralen Atem- und Kreislaufversagens. Differentialdiagnostische Erwägung : totaler Zusammenbruch des Hypophysen-Zwischenhirn-NNR-Systems mit entsprechend peripherer und vor allem cerebraler Mangel durchblutung infolge hochgradigen Marasmus .

Katamnese : Chronische Anorexia nervosa mit tödlichem Ausgang. Psychose.

Fall 14 : 1947 geboren, zweites von 3 Kindern. Entwicklung unauffällig. Familienleben wenig harmonisch. Nach Volksschulbesuch Berufsausbildung als Pelznäherin. Körpergewicht mit 13 Jahren 69 kg. Im 16. Lebensjahr - auf die Nachricht hin, daß ihre Freundin unehelich schwanger sei - Appetitverlust, Erbrechen, Amenorrhoe, Obstipation, Aversion gegen Fleisch und Süßigkeiten. Stationäre Ausnahme mit 16 Jahren. Schnelle Symptomheilung durch psychotherapeutische Gespräche, aber noch Sistieren der Menses. Nach sechswöchiger Behandlung weitgehende Stabilisierung.

Therapieerfolg : geheilt

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Erneute stationäre Behandlung in der Universitäts-Nervenklinik 3 und 4 Jahre später. Jetziges Krankheitsbild entsprach dem einer Hyperorexie. Außerdem hatte Patientin einen Suicidversuch mit Taxilan unternommen. Klagen über vegetative Beschwerden, Kopf- und Rückenschmerzen. Lange Zeit in gynäkologischer Behandlung. Seit einigen Jahren Menses wieder aufgetreten, jedoch sehr unregelmäßig und schwach, allerdings ohne Medikamente. Inzwischen verheiratet. Erwartet das erste Kind. Frigidität. Erhebliche Übergewichtigkeit.

Katamnese : Nur mäßig gebessert. Hyperorexie.

Fall 15 : Einziger männlicher Patient 1947 geboren. Einzelkind. Im zweiten Lebensjahr wurde Ehe der Eltern geschieden. War als Kind lebhaft und sehr nervös. Mit 11 Jahren Übersiedelung mit der Mutter nach Südafrika, wo diese zum zweiten Mal heiratete. Patient kehrte mit 16 Jahren auf Vorschlag des Großvaters nach Deutschland zurück. Reagierte auf die Trennung von der Mutter mit "Schlankheitskur", mit der er sich selbst auslöschen wollte. Zwei Suicidversuche. Mit 18 Jahren extrem abgemagert. Stationäre Aufnahme. Nach siebenwöchigem Klinikaufenthalt ambulante Weiterbehandlung durch die Klinik.

Therapieerfolg : kaum gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Nach dem bestandenen Abitur jetzt Studium der Chemie und Mathematik. Normgewichtig. Wechselndes Empfindungsverhältnis gegenüber dem Elternhaus bzw. der Mutter. Zur Zeit noch in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, die an die stationäre Behandlung angeschlossen wurde.

Katamnestic : geheilt

Fall 16 : 1935 geboren. Seit dem 19. Lebensjahr Appetitstörungen, Gewichtsreduktion, körperliche Schwäche. Mehrmalige stationäre Krankenhausaufenthalte (interne Abteilungen). 1956 wurde anlässlich einer Untersuchung eine Hypophysenunterfunktion diagnostiziert. Außerdem mittelschwere Schilddrüsenunterfunktion. Laufende Gewichtsabnahme bis auf 36 kg, völlige Appetitlosigkeit, allgemeine Schwäche, Erschöpfungszustände. Psychische Konflikte wurden verneint. Patientin verließ noch am Aufnahmetag die Universitäts-Nervenklinik.

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Seit 4 Jahren verheiratet. Zur Zeit gravide. Nicht berufstätig. Normgewichtig. Stimmung subdepressiv, starke Versagensängste. In ambulanter ärztlicher Behandlung wegen Hypothyreose.

Katamnese: Anorexia nervosa gut gebessert.

Fall 17 : nicht erfaßt

Fall 18 : Mit 18 Jahren an Anorexia nervosa erkrankt. Kam in die Universitäts-Nervenklinik. War nicht zur stationären Aufnahme zu bewegen. Verweigerte jede Auskunft, verlangte sofortige Entlassung.

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Verheiratet. Zwei Kinder. Zur Zeit wegen erheblicher ehelicher Schwierigkeiten vom Ehemann getrennt lebend. Dieser ist Gelegenheitsarbeiter, trinkt häufig. Schlägt seine Frau in betrunkenem Zustand. Finanzielle Schwierigkeiten, da Patientin ihre Stellung wegen wiederholten Fehlens verlor. Vor einem Jahr Suicidversuch durch Sturz vom Balkon im vierten Stock. Zur Zeit deswegen noch nicht wieder arbeitsfähig. Normgewichtigkeit.

Katamnese : Anorexia nervosa gut gebessert

Fall 19 : geboren 1940. Mit 15 Jahren plötzlich Amenorrhoe. Bewußte Nahrungseinschränkung. Aß hauptsächlich Weißkäse, Obst, Vollkornbrot. Angegebenes Tiefstgewicht ca. 45 kg. Keine Obstipation, kein Erbrechen. Nur ambulante Untersuchung.

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Im Alter von ca. 23 Jahren Wiederauftreten der Menses nach Hormonspritzen. Mit 24 Jahren Geburt eines unehelichen Sohnes. Daneben Studium der Humanmedizin mit Staatsexamen und anschließender Medizinalassistententätigkeit, die jetzt abgeschlossen wurde. Normgewichtigkeit. Erwartet das zweite Kind und wird in nächster Zeit heiraten. Ist sich einer anorektischen Symptomatik im eigentlichen Sinn nachträglich nicht bewußt.

Katamnese : geheilt.

Fall 20 : 1946 geboren. Erkrankungsbeginn mit 16 Jahren. War schon immer ein schlechter Esser. Menarche mit 12 Jahren. Mit 16 Jahren Amenorrhoe. Niedrigstes registriertes Gewicht 29 kg.

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Nach Drohung des Vaters, sie in eine Klinik zur Zwangsfütterung ein-

weisen zu lassen, aß sie aus Angst freiwillig und nahm pro Woche ca. 1 kg an Gewicht zu. Ca 1/2 Jahr lang 1 mal wöchentlich psychotherapeutisch orientiertes Gespräch.

Ausbildung zur Krankengymnastin. Vollberuflich tätig. Normgewichtigkeit. Menses regelrecht. Keine pathologischen Auffälligkeiten.

Katamnese : geheilt

Fall 21 : 1945 geboren. Erkrankungsbeginn mit 16 Jahren. Erbrechen, Amenorrhoe. Niedrigstes Gewicht ca. 30 kg. (1962)

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Durch stationäre, internistische Behandlung mit Sondenfütterung Zunahme des Körpergewichtes auf 45 kg. Berufsausbildung als technische Zeichnerin. Vollberuflich tätig. Menses regelmäßig, ohne Medikamente. Verheiratet. Kinderlos. Vor einem Jahr 6 - 8 Wochen stationäre Behandlung in einer Klinik für psychogene Erkrankungen. Sie hatte auf eine innerfamiliäre Belastungssituation mit Völlegefühl, Appetitlosigkeit und Schlafstörungen reagiert.

Katamnese : gut gebessert.

Fall 22 : Erkrankungsalter 18 Jahre. Tiefstgewicht 44 kg. Amenorrhoe.

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Studium der evangelischen Theologie. Normaler Studienabschluß. Mit einem Theologen verheiratet. Erwartet das erste Kind. Normgewichtigkeit. Menses regelmäßig, ohne Medikamente. Vereinzelte vegetative Beschwerden. Keine stationäre Behandlung, keine ambulante Psychotherapie durchgeführt.

Katamnese : geheilt

Fall 23 : 1936 geboren. Uneheliches Kind. Wenig harmonisches Familienleben. Vater Trinker. Patientin war mit 5 Jahren noch nicht sauber. Straßen- und Dunkelangst. Schulische Schwierigkeiten. Volksschule nur bis zur 7. Klasse. Mit 20 Jahren Arbeit als Aushilfskraft

(Schmuckfedermacherin). Wunsch, Kindergärtnerin zu werden wurde von den Eltern boykottiert. Mit 24 Jahren plötzliches Verweigern jeglicher Nahrungsaufnahme in suicidalen Absicht. In kurzer Zeit 20 kg Gewichtsverlust. Amenorrhoe. Stationäre Aufnahme in hochgradig red. AZ und EZ. Psychotherapeutische Behandlung. Innerhalb von 3 Monaten Gewichtszunahme um 16 kg. 3 Monate später Rezidiv. Erneut stationäre Aufnahme nötig. Nach 8 Wochen verließ Patientin bei eintretender Besserung auf eigenen Wunsch die Klinik.

Therapieergebnis : körperlich und psychisch gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

2 Jahre nach Entlassung wegen Suicidversuch 3 Monate stationäre nervenklinische Behandlung. Nach der Entlassung nur als Gelegenheitsarbeiterin tätig. 1965 wurde sie unter Pflegschaft gestellt. Pfleger nahm sie aus dem häuslichen Milieu heraus. Ein Jahr in Kiel als Näherin tätig. Danach Rückkehr nach Berlin. Wohnte wieder bei den Eltern. Erneuter Suicidversuch 1967. Ein Jahr lang stationär in einer Nervenklinik (1967 - 1968). Erlernt seit Mai 1968 in einem Berliner Krankenhaus im Rahmen der Rehabilitationshilfe den Beruf der Wäscheschneiderin. Noch 1 Lehrjahr. Normgewichtig, regelmäßige Menses, hin und wieder Obstipation. Positive Lebenseinstellung.

Katamnese : geheilt.

Fall 24 und 25 : Zwillingsschwestern. Unauffällige frühkindliche Entwicklung. Vater fiel im Krieg. Schlechtes Verhältnis zur Mutter. Menarche mit 12 Jahren. Nach dreimaligen Menstruationen bei beiden sekundäre Amenorrhoe. Einsetzen der Anorexia Nervosa Symptomatik zur Zeit der Pubertät. Heftige Auseinandersetzungen mit der Mutter, Streitigkeiten unter den Schwestern. Langsame Gewichtsabnahme. In beiden Fällen mehrmals kleptomane Handlungen. Ausgesprochen depressive Grundstimmung. Stationäre Aufnahme der einen Schwester (24) in hochgradig abgemagertem Zustand nach mehrmaligen Suicidversuchen mit 27 Jahren in die Universitäts-Nervenklinik. Es bestanden Nahrungsablehnung, Amenorrhoe, Obstipation, Laxantien-, Alkohol- und Nikotinabusus. Nach 5 wöchiger stationärer Psychotherapie wurde ambulante Weiterbehandlung vereinbart, die von der Patientin jedoch nach 2 Stunden abgebrochen wurde.

Ein Jahr später erneute stationäre Aufnahme nötig. Gewichtsabnahme, Obstipation, Amenorrhoe, Laxantien-, - Alkohol-, und Nikotinabusus. Keine Gewichtszunahme trotz mehrwöchiger stationäre Behandlung. Andere Zwillingsschwester wurde im Alter von 28 Jahren ebenfalls in

marasmatischem Zustand stationär aufgenommen. War vorher in einer Fachklinik für Lungenkranke wegen Tbc behandelt worden. Von dort Verlegung in die Universitäts-Nervenklinik. Fünfmonatige Behandlung.

Therapieergebnis in beiden Fällen : mäßig gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

a) 24 : noch ca 1/2 Jahr ambulante psychotherapeutische Behandlung. Wurde dann von seiten der Patientin abgebrochen. Erneuter Suicidversuch. Anschließend 2 Jahre stationär in einer Nervenklinik. Dort Behandlung mit Einzel- und Gruppentherapie. Nach der Entlassung 2 Jahre Tätigkeit als Stationshilfe in einem Berliner Krankenhaus. Seit 1,5 Jahren in der Ausbildung zur Krankenschwester an dem gleichen Krankenhaus. Immer noch starke Untergewichtigkeit, Obstipation, Amenorrhoe. Häufig artefizielles Erbrechen. Jetzt angegebenes Körpergewicht: 34 kg. (Sollgewicht : 55,9 kg).

Katamnese : schwere chronische Anorexia nervosa.

Zwischenzeitlicher Verlauf :

b) 25 : Lebte längere Zeit von der Sozialunterstützung. Arbeitswünsche scheiterten wiederholt wegen häufigen Fehlens der Patientin. Alkohol, Laxantien- und Nikotinabusus. Artefizielles Erbrechen. Häufig Drohung mit Suicid. Keine Umweltkontakte. Seit 1/2 Jahr in ihrem Beruf als Fürsorgerin tätig. Erhebliche Untergewichtigkeit, Amenorrhoe, Obstipation.

Katamnese : unverändert. Schwere chronische Anorexia nervosa.

Fall 26 : 1942 geboren. Ehe der Eltern wurde geschieden, als die Patientin noch ein Säugling war. Ausgeprägte frühkindliche Gehemmtheiten, Pavor nocturnus, Angstzustände. Berufsausbildung als kaufmännische Angestellte. Bis zur Erkrankung in mehreren Firmen erfolgreich tätig. Mit 20 Jahren nach einem Verhältnis mit einem verheirateten Mann Auftreten von rapider Gewichtsabnahme, Erbrechen, Amenorrhoe. Nach dreimaligen erfolglosen Klinikaufenthalten, Verlegung der Patientin in die Universitäts-Nervenklinik. Die fast einjährige stationär durchgeführte psychotherapeutische Behandlung erbrachte als psychische Konfliktsituation eine überaus starke Fixierung an die Mutter bei Ambivalenzhaltung, sowie Liebesenttäuschung bei extremer Sexualangst. Nach neunmonatiger Behandlung Wiederauftreten der Menstruation bei einem Körpergewicht von 30,8 kg. Entlassung nach 11 Monaten.

Therapieergebnis : körperlich und psychisch gebessert (da sich die Patientin zu einem katamnästischen Gespräch nicht bereit erklärte wurde versucht anhand von Krankenblättern einen Überblick über den Zeitraum nach Entlassung aus der Universitäts-Nervenklinik zu gewinnen)

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Wegen wiederholt notwendiger stationärer Behandlungen über lange Zeit arbeitsunfähig. Seit einigen Jahren wieder voll berufstätig. Grund der letzten stationären Aufnahme vor neun Monaten: Erschöpfungssyndrom mit Tachycardien und Magenkrämpfen. Registriertes Aufnahme-gewicht : 31,3 kg. Während der dreimonatigen Behandlung Gewichts-anstieg auf 43,2 kg. Seit Jahren in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. Wiederholt Rezidive, hauptsächlich dann, wenn es zu einer längeren Behandlungsunterbrechung von seiten des behandelnden Arztes kommt. Durch Bezug einer eigenen Wohnung hat die Patientin eine Lösung von der Fixierung an die Mutter versucht.

Katamnese : chronische Anorexia nervosa.

Fall 27 : 1940 geboren. Wuchs in geordneten Familienverhältnissen auf. Sehr strenges Elternhaus. Patientin war als Kind scheu und gehemmt. Keine eigentliche Berufsausbildung. Häufiger Wechsel der Arbeitsstellen. Mit 23 Jahren stürzte sie sich in suicidalen Absicht aus dem vierten Stock eines Wohnhauses. Hatte zu dieser Zeit ein Verhältnis zu einem älteren Mann. Nach dem Suicidversuch Beginn der Abmagerung, Sistieren der Menses. Obstipation, Laxantienabusus. Ausgeprägte Sucht nach stimulierenden Medikamenten. Anankastische Züge. Innerhalb von zwei Jahren Gewichtsreduktion um 15 kg. Im Alter von 26 Jahren Aufnahme in die Universitäts-Nervenklinik in extrem abgemagertem Zustand. Völlig krankheitsuneinsichtig. Wiederholt artefiziell Erbrechen. Patientin verließ mit einer Gewichtszunahme von 5 kg nach 5 Wochen heimlich die Klinik.

Therapieergebnis : mäßig gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

nicht bekannt. Patientin ist noch im gleichen Jahr verstorben.

Fall 28 : 1938 geboren. Bereits als Kind eigenbrötlerisch, kontaktarm. In der Schule immer eine der Klassenbesten. 1945 Flucht von Pommern nach Berlin. Zu dieser Zeit erstmalig Auftreten von rezidivierenden Kopfschmerzen. Zur gleichen Zeit wurde die Ehe der Eltern geschieden. Patientin lebte bei der Mutter, da diese drohte, sich zu erhängen, falls die Patientin wie die übrigen Geschwister auch zum Vater ginge. Mit 13 Jahren erstmals Magenschmerzen. Mit 18 Jahren Ohnmachten und Weinkrämpfe bei seelischer Belastung. Zweimalige stationäre Behandlung in einer Nervenklinik. Ambulante Weiterbehandlung durch das Institut für psychogene Erkrankungen wurde nach 3 Monaten durch die Patientin abgebrochen. Mit 25 Jahren - im zeitlichen Zusammenhang mit der Heirat des Lieblingsbruders - Auftreten der Anorexie. Innerhalb eines Jahres Gewichtsverlust von ca. 22 kg; Amenorrhoe, Obstipation, Laxantienabusus. Aufnahme in die Universitäts-Nervenklinik im Alter von 26 Jahren. Nach 10 Tagen Entlassung auf eigenen Wunsch.

Therapieergebnis : unverändert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Bis 1965 regelmäßig als Kantoristin tätig. Danach kein länger dauerndes Arbeitsverhältnis mehr wegen sich häufender Krampfanfälle ungeklärter Genese. Seit 1966 Schlafmittelabusus. Dezember 1966 Suicidversuch. 1968 drei monatige nervenklinische Behandlung nach erneutem Suicidversuch. Damals im EEG Zeichen erhöhter cerebraler Anfallsbereitschaft nachweisbar. Zahlreiche Krampfanfälle während dieser Zeit (Beginn mit abruptem Hinstürzen. Danach für einige Minuten bis zu einer viertel Stunde nicht ansprechbar). Anfang 1969 erneute nervenklinische Behandlung nachdem ein Arbeitsversuch wegen zahlreicher Anfälle gescheitert war. Ein halbes Jahr später wiederum Einweisung in eine Nervenklinik in deutlich somnolentem Zustand. Tablettenintoxikation durch Harnanalyse bestätigt. Diagnose: Symptomatische Epilepsie bei Tablettenintoxikation.

Zur Zeit der Katamnese registriertes Körpergewicht 45 kg. Menses unregelmäßig. Häufiges Erbrechen, Übelkeit, Völlegefühl, fehlendes Hungergefühl. Depressive Grundstimmung.

Katamnese : Chronische Anorexia nervosa mit symptomatischer Epilepsie bei Tablettenintoxikation.

Fall 29 : 1939 geboren, als Jüngste von 4 Kindern. Ab schon als Kleinkind schlecht. Abitur mit 19 Jahren. Studierte zunächst 1 Semester Zoologie, wechselte dann zur Veterinärmedizin über. Seit dem 19. Lebensjahr in relativ kurzer Zeit ca. 12 kg Gewichtsverlust,

gleichzeitig Auftreten einer sekundären Amenorrhoe. Der Erkrankung war eine Freundschaft mit einem jungen Mann vorausgegangen, die von den Eltern abgelehnt worden war. Mehrere stationäre Behandlungen brachten nur geringfügige Gewichtszunahmen. 1961 Aufnahme in die Universitäts-Nervenklinik. Nach Untersuchung und Klärung der Diagnose Vereinbarung einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung.

Therapieergebnis : mäßig gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Zwei Jahre ambulante psychotherapeutische Behandlung (einmal wöchentlich), die dann von seiten der Patientin abgebrochen wurde. Abbruch des veterinärmedizinischen Studiums und Berufsausbildung als Bibliothekarin. In diesem Beruf seit Jahren voll tätig. Von 1961 - 1967 Amenorrhoe. Seit 1967 Hormonbehandlung. Daraufhin Wiedereinsetzen der Menstruation. Ca. einen Monat vor der katamnestischen Untersuchung zum ersten Mal spontanes Einsetzen der Menstruation. (ohne hormonelle Stimulation) Jetziges Körpergewicht ca. 44 - 45 kg.

Katamnese : gut gebessert bzw. geheilt

Fall 30 : 1936 geboren. Frühkindliche Entwicklung unauffällig. Nach Volksschulbesuch Wirtschaftsschule. Seit dem 17. Lebensjahr in verschiedenen Stellen als Stenotypistin tätig.

Versuchte erstmals, mit 17 Jahren weniger zu essen, um ihre Brüste zu verkleinern, die sie "unästhetisch" fand. Mit 21 Jahren Erkrankung an Lungen-Tbc; war deshalb gezwungen, wieder gut zu essen. Ein Jahr später erneuter Versuch, durch Fasten eine Gewichtsreduktion zu erreichen. Seit 1960 periodenweises Auftreten von Erbrechen, Dauer oft 8 - 14 Tage. Häufig depressiv. Stationäre Aufnahme in die Universitäts-Nervenklinik im Alter von 28 Jahren. Keine Krankheitseinsicht. Verließ nach 5 Wochen mit einer Gewichtszunahme von 1,7 kg auf eigenen Wunsch die Klinik.

Therapieergebnis : mäßig gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

(nach Aussagen der Mutter) Weiterhin starkes Erbrechen, Gewichtsabnahme, reduzierter AZ. Dezember 1966 Einlieferung in ein Berliner Krankenhaus. Diagnose eines Magen-Carcinoms. Ex. let. während der Operation.

Fall 31 : Unauffällige frühkindliche Entwicklung, Nach Schulabschluß (Mittlere Reife) Lehre als kaufmännische Angestellte. Wanderte mit 23 Jahren nach Kanada aus, um dort einen Brieffreund, zu heiraten. Trennte sich jedoch nach 8 Wochen von ihm, ohne eine Ehe eingegangen zu sein. blieb weiterhin in Kanada. Mehrere unbefriedigende Beziehungen zu verschiedenen Partnern. Nach 7 Jahren Rückkehr nach Deutschland mit einem Körpergewicht von 28 kg (Ausgangsgewicht : 63 kg). Beginn der Krankheitssymptomatik nach der Trennung von ihrem Brieffreund (ca. 10 kg Gewichtsverlust). Mit 29 Jahren Amenorrhoe. 5 Monate später rapide Gewichtsabnahme. Ekel vor dem Essen. Nahm nur noch Brühe oder Säfte zu sich. Außerdem Auftreten einer Obstipation. Laxantienabusus. Mit 30 Jahren Verlegung aus einer Klinik, wo sie ohne Erfolg internistisch therapiert worden war, in die Universitäts-Nervenklinik (Körpergewicht : 24,7 kg). Jede Zumutung einer Nahrungsaufnahme wurde mit Schrecken abgelehnt. Schwere des Erkrankungsstadiums wurde bewußt eingesehen, im Gefühlsbereich jedoch negiert. Als Konfliktsituationen konnten eine ambivalente Einstellung zur Mutter und Schwester, sowie unbewußte Sexualängste eruiert werden. Ex. let. nach 9 Tagen durch akuten Kreislaufkollaps.

Therapieergebnis : schwerste Anorexia nervosa mit Ex. let.

Fall 32 : nicht erfaßt

Fall 33 : 1939 geboren. Drittes von sieben Kindern. Als Kleinkind oft Angstzustände. Lange Zeit pavor nocturnus. Seit dem 18. Lebensjahr häufige Grübeleien, Angst- und Unsicherheitsgefühle. In dieser Zeit Verlobung. Zunehmende Appetitlosigkeit. Mit 20 Jahren Amenorrhoe. Entlobung mit 22 Jahren. Mit 26 Jahren stationäre Aufnahme in die Universitäts-Nervenklinik mit einem Körpergewicht von 42,5 kg. Nach neunwöchiger, psychoanalytisch orientierter Behandlung Besserung des psychischen Zustandes und Entlassung aus der stationären Behandlung.

Therapieergebnis : mäßig gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Abgeschlossene Berufsausbildung als Sozialarbeiterin. In diesem Beruf voll tätig. Wenige und nur oberflächliche Kontakte zur Umwelt. Starke Minderwertigkeitsgefühle. Amenorrhoe, Obstipation, Körpergewicht : 48 kg.

Katamnese : mäßig gebessert

Fall 34 : 1927 geboren. Jüngste von vier Kindern. Frühkindliche Entwicklung unauffällig. Berufsausbildung als technische Zeichnerin. Nicht befriedigt von dieser Tätigkeit beschloß sie, Kindergärtnerin zu werden. Abbruch dieser Ausbildung nach 3 4 Jahren. Vorübergehend Arbeit in einem Privathaushalt. Mit 21 Jahren Wiederaufnahme des alten Berufes als technische Zeichnerin. Seit dem 19. Lebensjahr zunehmende Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme. Mit 21 Jahren erstmals klinische Untersuchung. Es wurde eine hypophysäre Kachexie diagnostiziert. Kurz danach Auftreten von Gangunsicherheit und Schwankschwindel. Mit 25 Jahren nochmalige klinische Untersuchung. Verdacht auf Frontalhirn-Tumor. Daraufhin Überweisung in die Universitäts-Nervenklinik. Körpergewicht bei Aufnahme : 48 kg. Kein Anhalt für einen Tumor. Behandlungsversuch mit autogenem Training und robrierenden Maßnahmen. Gewichtszunahme : 7 kg. Nach sechsmonatiger Behandlung drängte Patientin auf Entlassung. Fortbestehen der Gangunsicherheit ohne nachweisbaren neurologischem Befund.

Therapieergebnis : körperlich und psychisch gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Mit 31 Jahren Geburt eines Sohnes, mit dessen Vater sie seitdem in Partnerschaft zusammenlebt. Nach der Entbindung bis 1962 in ihrem Beruf als technische Zeichnerin tätig. Dann Aufgabe des Berufes zugunsten des Kindes und des Haushaltes. 1963 Übersiedelung in die BRD. Jetzt angegebenes Körpergewicht : 64 kg (bekleidet). In laufender ambulanter Behandlung wegen vegetativer Beschwerden (Herzbeschwerden, Schwindelanfälle, Schweißausbrüche, Atmungsstörungen)

Katamnese : Anorexia nervosa geheilt, jedoch noch multiple vegetative Beschwerden.

Fall 35 : 1937 geboren. Vater war Trinker. Als Patientin sieben Jahre alt war, wurde die Ehe der Eltern geschieden. Das Kind wuchs überwiegend im Hort auf. Nach dem Besuch der Mittelschule Lehre als Maschinensickerin. Im 18. Lebensjahr im Zusammenhang mit beruflichen Überforderungen Auftreten von Appetitlosigkeit, Magenschmerzen, Obstipation, Gewichtsverlust. Menses wurden unregelmäßig, sistierten bis zu

einem viertel Jahr. Mit 23 Jahren begann sie zu erbrechen. Im gleichen Jahr Heirat. Keine ehelichen Beziehungen wegen unüberwindlicher Abneigung gegen den ehelichen Verkehr. Mit 25 Jahren stationäre Aufnahme. Gewicht: 38,7 kg. Psychotherapeutische Behandlung bei der geringen Intelligenz und der infantilen Charakterstruktur undurchführbar. Boykott der Behandlungsbemühungen durch gegenteilige Maßnahmen von seiten der Patientin. Nach 6 Wochen Entlassung in hausärztliche Behandlung.

Therapieergebnis : unverändert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Mehrmalige erfolglose zwischenzeitliche Krankenhausaufenthalte wegen körperlicher Hinfälligkeit. Keine Krankheitseinsicht. Seit 5 Jahren berentet. Aversion gegen Fleisch und Wurst. Häufiges Erbrechen, besonders nach dem Essen. Obstipation. Amenorrhoe, Frigidität. In ständiger ambulanter Behandlung wegen vegetativer Beschwerden und tetaniformer Anfälle. Auffällig starker Bewegungs- und Rededrang. Körpergewicht : 32 - 33 kg.

Katamnese : unverändert (chronische Anorexia nervosa)

Fall 36 : nicht erfaßt

Fall 37 : Drittes von vier Kindern. Vater war Alkoholiker. Scheidung der Eltern im 8. Lebensjahr der Patientin. Als Kind angeblich lebhaft, aber immer etwas nervös. Nach der Volksschule wurde sie Verkäuferin. Mit 22 Jahren - nach dem Tod der Mutter, an der sie sehr gehangen hatte, - Appetitlosigkeit und häufiges Erbrechen, auch öfter artefiziell, um zu kontrollieren, "ob der Magen blute", wie es vor 5 Jahren einmal der Fall gewesen sein sollte. Keine Amenorrhoe, keine Obstipation. Stationäre Aufnahme mit 23 Jahren und einem Körpergewicht von 41 kg. Diagnose : neurotische Fehlentwicklung mit anorektischen Zügen und phobischer Überlagerung (Carcinophobie). Psychotherapie durch mäßige intellektuelle Leistungsfähigkeit der Patientin erschwert. Nach 6 Wochen vorzeitiger Behandlungsabbruch durch die Patientin.

Therapieergebnis : mäßig gebessert.

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Inzwischen verheiratet. Keine Kinder. Teilbeschäftigung als Verkäuferin. Nur noch selten Erbrechen. Stuhlgang und Menses regelmäßig. Fast täglich Kopfschmerzen. Immer noch bestehende Carcinophobie. Körpergewicht : 50 kg.

Katamnese : Besserung der Anorexie bei fortbestehenden psychischen Störungen im Sinne einer Carcinophobie.

Fall 38 : nicht erfaßt

Fall 39 : 1933 geboren. Einzelkind. Erkrankungsbeginn mit 24 Jahren (1957) nach dem Tod der Großmutter, mit der sie und ihre Mutter zusammengelebt und die sie sehr geliebt hatte. (Vater starb, als Patientin noch ein Kind war.) Seit 1958 Amenorrhoe und Obstipation. Angst vor dem Essen. Wollte nicht erwachsen werden. 1959 vierwöchige stationäre Behandlung in einem hiesigem Krankenhaus wegen verstärkter Angstgefühle, besonders nach dem Essen. 1962 : 16 tägige stationäre Behandlung in einer Berliner Nervenlinik. Dort registriertes Tiefstgewicht 37,2 kg. Entlassung ungebessert und gegen ärztlichen Rat. 1963 ambulante Untersuchung in der Universitäts-Nervenlinik. Untergewichtigkeit, Amenorrhoe, Obstipation.

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Mehrere Jahre in ambulanter Behandlung bei einem praktischen Arzt. Nach einer Erholungsreise und anschließendem Aufenthalt in Lourdes, zunehmende Besserung. Jetzt besteht Normgewichtigkeit. Menstruation regelmäßig, ohne Medikamente. Obstipation noch vorhanden. Patientin lebt mit der Mutter zusammen, an die sie stark fixiert ist. Beruflich nicht tätig. Angeblich seit längerer Zeit mit einem um 14 Jahre älteren Mann verlobt. Möchte nicht mehr an die Zeit ihrer Krankheit erinnert werden.

Katamnese : gut gebessert

Fall 40 : nicht erfaßt

Fall 41 : 1917 geboren. Aß schon als Kind schlecht. Nach der Volksschule Ausbildung als Kindergärtnerin. Heiratete mit 25 Jahren einen um 17 Jahre älteren Mann, der bereits einige Male verheiratet gewesen war. Zwei Geburten. Nach zweijähriger Ehe Scheidung. Mit 40 Jahren Heirat eines um viele Jahre älteren Volksschullehrers. Gewichtsverlust mit 44 Jahren, nach dem Tod der Mutter. Öfter Erbrechen, zeitweilig Heißhungerattacken. Obstipation. Massiver Laxantienabusus. Amenorrhoe. Wiederholte Auseinandersetzungen mit Mann und Tochter. Innerhalb von 4 Jahren ca. 20 kg Gewichtsverlust. Mit 48 Jahren Aufnahme in die Universitäts-Nervenklinik mit einem Körpergewicht von 30,1 kg. Widerstand gegen psychoanalytische Behandlung. Deshalb Entlassung nach leidlicher Verbesserung des körperlichen Zustandes.

Therapieergebnis : mäßig gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

(nach Aussagen der Tochter, da Mutter inzwischen in die BRD verzogen ist) Ständig in internistischer Behandlung wegen "Bewußtseinsstörungen", bei denen es sich um Fehlregulationen im Kalium-Spiegel handeln soll, und wegen vegetativer Beschwerden. Noch immer erhebliche Untergewichtigkeit (ca. 45 kg). Äußerst hartnäckige, nur mit entsprechenden Mitteln einigermaßen beherrschbare Obstipation. Erbrechen, Übelkeit. Keine stationären zwischenzeitliche Krankenhausaufenthalte; lebt mit dem Ehemann zusammen.

Katamnese : chronische Anorexia nervosa (mäßig gebessert)

Fall 42 : geboren 1934 als zweites von drei Kindern. Frühkindliche Entwicklung unauffällig, aß jedoch als Zweijährige schlecht. Nach dem Schulbesuch bis zur Mittleren Reife Ausbildung als Krankenschwester. Körpergewicht mit 20 Jahren 65 kg. Zur Unterdrückung der Hungergefühle Einnahme von Appetitzüglern (Vencipon). Mit 21 Jahren häufiges Auftreten von Magenschmerzen und Erbrechen. Zunehmender Appetitverlust. Vertrug nur noch Milchprodukte, Gemüse, Salate. Mit 27 Jahren Amenorrhoe. Mit 28 Jahren Operation wegen Verdacht auf ulcus ventriculi, der sich jedoch nicht bestätigte. Weitere Gewichtsabnahme auf 41 kg. Mit 29 Jahren stationäre Aufnahme in die Universitäts-Nervenklinik mit einem Körpergewicht von 48,3 kg. Psychotherapeutische Behandlungsversuche wurden von der Patientin abgelehnt. Nach 3 Wochen Entlassung gegen ärztlichen Rat.

Therapieergebnis : unverändert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

1966 drei Tage wegen Schlafmittelintoxikation in einer Berliner Ner-

venklinik. Entlassung gegen ärztlichen Rat. Ebenfalls 1966 drei Wochen stationäre internistische Behandlung wegen hochgradiger Anämie. (Bluttransfusion). Lebt seit Jahren von der Sozialunterstützung im Haushalt der Mutter, an die sie stark fixiert ist. Betreut locker eine alte Dame, für die sie einkauft und kocht. Kennt selbst angeblich keine Hungergefühle. Lebt hauptsächlich von Säften und Gemüse. Katamnestisch angegebenen Körpergewicht ca. 50 kg. (Größe : 1,79m !) Amenorrhoe, Obstipation. Starre Trotzhaltung, bei Fehlen jeglicher Krankheitseinsicht.

Katamnese : chronische Anorexia nervosa

Fall 43 : 1925 geboren. Als Kind sehr schüchtern. Nach Schulabschluß mit der Mittleren Reife Berufsausbildung als Lehrerin. 1948, im Alter von 23 Jahren, Heirat. 1950 Geburt. Beginn der Krankheits-symptomatik geht in die Pubertätszeit zurück. Mit 14 Jahren erstmals Appetitlosigkeit. Mit 25 Jahren nach der Geburt des Kindes Verschlimmerung der Symptome: stärkere Appetitlosigkeit, Widerwillen gegen Fett und Fleisch, Globusgefühl, Gewichtsabnahme, Obstipation, Amenorrhoe. Im Alter von 27 Jahren wegen "Hemmungen" und "mangelnder Gefühlsäußerungen" 136 Stunden psychoanalytisch behandelt.

Mit 34 Jahren Aufnahme in die Universitäts-Nervenklinik mit einem Körpergewicht von 38 kg. Nach Aufbesserung des red.EZ Entlassung unter Empfehlung einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung; (diese wurde jedoch von der Patientin nicht durchgeführt.).

Therapieergebnis : körperlich und psychisch gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

1963 Geburt eines Mädchens; jedoch nach wie vor bestehende Frigidität. Menstruationen waren, wenngleich sehr unregelmäßig, wieder aufgetreten. 1967 Totaloperation (Myom ?). Zahlreiche vegetative Beschwerden (Herzsymptomatik, Globusgefühl, Schwindelanfälle etc.) Normale Hungergefühle. Abwechselnd Obstipation und Diarrhoen. Jetziges Körpergewicht ca. 47 kg.

Katamnese : gut gebessert, jedoch noch multiple vegetative Beschwerden.

Fall 44 : 1927 geboren. Frühkindliche Entwicklung unauffällig. Mit 16 Jahren erstmalig Appetitlosigkeit. Im Alter von 31 Jahren - im Zusammenhang mit der Scheidung ihrer neunjährigen Ehe - Inappetenz, Gewichtsabnahme, Amenorrhoe. Einjährige ambulante psychoanalytische Behandlung. Mit 33 Jahren wegen Verzweiflungsängsten und weiter bestehenden Appetitmangels stationäre Aufnahme in die Universitäts-Nervenlinik. Nach achtwöchiger psychotherapeutischer Behandlung deutliche Besserung des psychischen und körperlichen Zustandesbildes.

Therapieergebnis : körperlich und psychisch gut gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Im Betrieb der Eltern tätig. Noch leichte Untergewichtigkeit. Zeitweise obstipiert. Lebt im Haushalt der Eltern in starker Bindung an die Mutter.

Katamnese : Anorexia nervosa gut gebessert

Fall 45 : Zweite von vier Kindern. Unauffällige Entwicklung. Mit 23 Jahren erstmals Auftreten von Traurigkeit, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen. In den folgenden Jahren wegen "wiederholter Enttäuschung über die Unzulänglichkeiten der meisten Menschen" Rückzug auf sich selbst. Gab mit 38 Jahren eine seit 10 Jahren bestehende Freundschaft zu einem Mann auf. Mit 39 Jahren verstärkte Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, Herzstiche. Gewichtsabnahme von 56 auf 36 kg. Stationäre Aufnahme in die Universitäts-Nervenlinik. Zunächst Sondenernährung notwendig. Dann langsame, jedoch stetige Gewichtszunahme. Behandlungsabbruch nach 16 Wochen, da Krankenkasse nicht zu weiterer Kostenübernahme bereit war.

Therapieergebnis : mäßig gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Nach der Entlassung noch ca. 2 Jahre in ambulanter internistischer Behandlung. Kurverschickung für ca. 3/4 Jahre. Während dieser Zeit gute Erholung. Vollberuflich als Buchhalterin tätig. Menstruation setzte spontan wieder ein. Noch häufig obstipiert. Katamnestic angegebenes Gewicht : ca. 49 kg. Lebt allein.

Katamnese : gut gebessert

Fall 46 : 1921 geboren. Älteste von 6 Kindern. In der Familie häufig Streit, wobei die - oft bettlägerige Mutter - alle autoritär beherrschte. Nach Besuch von Volks- und Handelsschule 2 Jahre als Büroangestellte tätig. Mit 18 Jahren als freiwillige Helferin zur Whermacht. Verlobung mit 22 Jahren. Der Verlobte wurde bald tödlich verwundet, die Patientin geriet in russische Kriegsgefangenschaft. 25 jährig Flucht nach Berlin zu den Eltern. Mit 26 Jahren Beginn der Krankheitssymptomatik. Alternierend Appetitlosigkeit und Heißhunger. Häufiges Erbrechen. Obstipation. Anfälle von Bewußtlosigkeit. Amenorrhoe bereits mit 22 Jahren (Gefangenschaft). Mit 34 Jahren erstmals klinische Behandlung und Hypophysenimplantation. In den folgenden Jahren weitere Gewichtsabnahme. Viermalige internistische Klinikbehandlungen ohne Erfolg. 1964 Aufnahme in die Universitäts-Nervenklinik in erheblich red. Zustand. Nach 19 wöchiger Behandlung Entlassung.

Therapieergebnis : mäßig gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

1967 Tod der Mutter ("Von da an, sei es mit ihr seelisch bergauf gegangen," sagte die Patientin). Lebte dann noch mit dem Vater bis zu dessen Tod 1969 , zusammen. Anschließend Wohnungsauflösung. Patientin bezog zum ersten Mal in ihrem Leben eine eigene Wohnung .

Noch immer erheblich untergewichtig. Äußerst hartnäckige Obstipation. Patientin macht sich selbst Glycerineinläufe, außerdem spritzt der behandelnde Arzt zweimal wöchentlich Prostigmin. Krampfartige Zustände im Magen-Darm-Bereich. Hysteriforme Anfälle. Zahllose vegetative Beschwerden.

Katamnese : chronifizierte Anorexia nervosa mit hysteriformen Zügen. (mäßig gebessert)

Fall 47 : 1925 geboren, Zwilling (Zwillingsschwester angeblich gesund). Frühkindliche Entwicklung unauffällig. Ausbildung als Krankenschwester. Arbeitet seit dem 25. Lebensjahr als Arztsekretärin. Mit 26 Jahren Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme von 52 auf 40 kg. Außerdem Müdigkeit und Konzentrationsstörungen. Mit 28 Jahren Aufnahme in die Universitäts-Nervenklinik. Nach 2 Wochen Entlassung, da Patientin zu ihrer Arbeitsstelle drängt.

Therapieergebnis : unverändert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

In ärztlicher Behandlung wegen "Hyperthyreose" und Anämie. Noch immer untergewichtig. Keine Obstipation. Regelmäßige Menses. Vollberuflich als Arztsekretärin tätig. Lebt allein.

Katamnese : Anorexia Nervosa gut gebessert

Fall 48 : 1935 geboren. Reagierte als Säugling auf die Sauberkeits-erziehung mit Ohnmachtsanfällen. Enuresis bis zum 6. Lebensjahr. Noch mit 26 Jahren Pavor nocturnus. Nach Schulabschluß mit der Mittleren Reife kaufmännische Lehre, anschließend als Buchhalterin tätig. Heirat mit 26 Jahren. Mit 27 Jahren Geburt eines Jungen. Als 29 Jährige Körpergewicht : 67 kg. Beschloß, durch Nahrungsverweigerung abzunehmen. Innerhalb eines halben Jahres 17 kg. Gewichtsverlust. Häufiges Erbrechen wegen Übelkeit; Obstipation und Amenorrhoe. Mit 30 Jahren stationäre Aufnahme in die Universitäts-Nerven-klinik. Nach 6 Wochen Gewichtszunahme um 4 kg. Ambulante Weiterbehandlung von der Patientin abgelehnt.

Therapieergebnis : mäßig gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Keine zwischenzeitlichen Krankenhausaufenthalte. Noch untergewichtig (49 kg). Stuhlgang nur mit Einnahme von Laxantien regelrecht. Menstruation regelmäßig. Vereinzelt vegetative Beschwerden. (Im ganzen trotzig ablehnende Haltung) Keine berufliche Tätigkeit.

Katamnese : mäßig gebessert

Fall 49 : 1915 geboren. Als Kind lebhaft, psychisch unauffällig. Nach Schulabschluß mit der Mittleren Reife Berufsausbildung als Kindergärtnerin. 1939 Heirat. 1943 Geburt von Zwillingen. 1955 Ehescheidung wegen Untreue des Ehemannes. Seit dieser Zeit zunehmende körperliche und seelische Erschöpfung. Nach dem Tode ihrer Mutter (1961) Auftreten von Appetitlosigkeit bis zu völliger Nahrungsablehnung. Mit 48 Jahren Aufnahme in die Universitäts-Nerven-klinik. Ein Jahr später erneut Aufnahme wegen eines Rezidivs nötig. Unter der Behandlung Zunahme des Körpergewichtes von 38 auf 52 kg.

Therapieergebnis : körperlich und psychisch gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

Nochmalige stationäre Aufnahme in die Universitäts-Nervenlinik 1968. Diagnose : Neurotisch-hypochondrische Depression, Suchtkomponente, Anorexia mentalis. Nach dreimonatiger Behandlung Entlassung mit ungünstig erscheinender Prognose. Unterbringung in einem Altenwohnheim. Dort verstarb die Patientin im März 1969. Nach den Aussagen der dort Wohnenden und der verantwortlichen Hausschwester hat die Patientin bis zuletzt das Bild einer ausgeprägten Untergewichtigkeit geboten.

Katamnese : Chronische Anorexia nervosa. Exitus letalis.

Fall 50 : 1919 geboren. Scheu und sensibel. Oft Minderwertigkeitsgefühle. Nach der Volksschule Besuch der Handelsschule. Bis zum 25. Lebensjahr als Sekretärin tätig. Mit 28 Jahren Heirat. Im Alter von 33 Jahren - im Anschluß an eine Gallenblasenoperation-Auftreten von Eßstörungen. Klagen über Magenschmerzen und Durchfälle. Ernährte sich schließlich nur noch von Weißbrot und Schleimsuppen. Innerhalb eines Jahres Gewichtsverlust von 15 kg. Seit dem 42. Lebensjahr Metrorrhagieen. Mit 45 Jahren Amenorrhoe. Stationäre Aufnahme in die Universitäts-Nervenlinik im Alter von 45 Jahren (1964). Körpergewicht : 35,4 kg. Untersuchungsmaßnahmen lösten bei der Patientin eine Carcinophobie aus. Vorübergehende paranoide Reaktionen. Nach 28 wöchiger klinischer Behandlung Entlassung in gebessertem Zustand, Gewichtszunahme : 9 kg.

Therapieergebnis : körperlich und psychisch gebessert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

nicht bekannt. Patientin ist verstorben. (Patientin lebte mit dem Ehemann zusammen, der jedoch trotz wiederholter Versuche nicht ange-
troffen werden konnte. Die befragten Nachbarn gaben an, daß die Patientin 1968 verstorben ist).

Nachtrag : aus dem weiteren Krankheitsverlauf wurde noch bekannt, daß die Patientin von Dezember 1965 bis Oktober 1966 in stationärer nervenklinischer Behandlung in einer Berliner Klinik gewesen ist. Aus dem Entlassungsbericht der betreffenden Anstalt geht hervor, daß es sich in dem vorliegenden Fall um eine chronifizierte Neurose mit überwiegend autistisch regressiven Tendenzen handelte.

Fall 51 : 1930 geboren. Schon als Säugling und Kleinkind Neigung zu Wutanfällen mit blasser Cyanose. Immer eigenwillig, trotzig, übersensibel. Seit dem 14. Lebensjahr Obstipation und Laxantienabusus. Trotz überdurchschnittlicher schulischer Leistungen - Schulbesuch nur bis zur Unterprima. Die Großeltern, von denen die Patientin finanziell unterstützt wurde, zeigten sich uneinsichtig dem Wunsch ihrer Enkelin gegenüber, das Abitur zu machen. Lehre als Bankkaufmann. Im Alter von 28 Jahren - im Anschluß an eine vereiterte Kieferentzündung und Pyelonephritis - Beginn der Nahrungseinschränkung. Amenorrhoe. Häufiges Erbrechen, besonders nach dem Essen. 1962, 1964 und 1965 längere Krankenhausaufenthalte wegen Kachexie. Seit 1965 wegen ausgeprägter Magersucht berentet. Völlig krankheitsuneinsichtig. 1966 stationäre Aufnahme in die Universitäts-Nervenklini. Registriertes Untersuchungsgewicht : 28,4 kg. Intensive Infusionstherapie. Lebensbedrohliches Kreislaufversagen am dritten Behandlungstag. Durch unkontrollierte Nahrungsaufnahme Verdoppelung des Körpergewichtes auf 57,8 kg innerhalb von 60 Tagen. Anläßlich einer durchzuführenden Nierenkontrolluntersuchung verließ die Patientin unbemerkt das Krankenhausgelände und weigerte sich, in die Klinik zurückzukehren.

Therapieergebnis : unverändert

Zwischenzeitlicher Verlauf :

(nach Auskunft des zuständigen Gesundheitsamtes) Ex. letalis unter dem Bild eines hochgradigen Marasmus noch im gleichen Jahr.

Katamnese : Schwere Anorexia nervosa mit tödlichem Ausgang.

Fragebogen zur katamnestischen Erhebung

Name :

geb.:

Beruf :

Familienstand :

Zahl der Kinder :

Wohnverhältnisse : allein, bei den Eltern, bei Verwandten, im Heim
(Zutreffendes unterstreichen)

- 1.) Sind Sie körperlich gesund?
- 2.) Geben Sie bitte Ihr derzeitiges Körpergewicht an.
- 3.) Finden Sie sich jetzt : zu dick, zu dünn, normal - oder befürchten Sie, zu dick zu werden?
- 4.) Haben Sie Aversionen gegen bestimmte Nahrungsmittel?
Gegen welche?
- 5.) Essen Sie gern mit anderen zusammen oder lieber allein?
Nur allein?
- 6.) Leiden Sie unter Brechreiz oder Erbrechen (oft? selten?)
- 7.) Führen Sie künstlich Erbrechen herbei? (oft? selten?)
- 8.) Haben Sie normale Hungergefühle?
- 9.) Kommt es zu Heißhungeranfällen? (oft? selten?)
- 10.) Brauchen Sie unbedingt Genußmittel oder Medikamente wie :
 - a) Kaffee
 - b) Zigaretten
 - c) Alkohol
 - d) Süßigkeiten
 - e) Abführmittel
 - f) Schmerz- oder Schlaftabletten
- 11.) Ist Ihr Stuhlgang regelmäßig?
- 12.) Ist Ihre Periode regelmäßig?

- 13.) Bekamen oder bekommen Sie Medikamente, um die Periode zu erhalten?
- 14.) Welche Tätigkeit üben Sie beruflich aus?
- 15.) Entspricht diese Tätigkeit Ihrer Vorbildung sowie den einstigen Berufswünschen?
- 16.) War Ihre Berufswahl eine selbstständige Entscheidung?
- 17.) Können Sie sich auf Ihre Arbeit konzentrieren?
- 18.) Haben Sie Angst zu versagen?
- 19.) Haben Sie Kontakt zu Ihren Arbeitskollegen?
- 20.) Welches Verhältnis besteht zu Ihren Eltern (festes, lockeres, aufgelöstes Verhältnis zum Elternhaus)?
- 21.) Wie sind Ihre Empfindungen gegenüber den Eltern :
 - a) Ablehnung, Protest (ja/nein)
 - b) Abhängigkeit mit oder ohne versuchte Lösung (ja/nein)
 - c) wechselndes Verhalten (ja/nein)
 - d) gesteigertes Pflichtgefühl gegenüber den Eltern (ja/nein)
- 22.) Wie ist Ihre Stimmungslage im allgemeinen (heiter, ausgeglichen, traurig, verzweifelt)?
- 23.) Leiden Sie unter Ängsten oder Zwangsvorstellungen?
- 24.) Empfinden Sie Ihr Leben überwiegend als : Freude, Last, Strafe, Qual ?
- 25.) Haben Sie öfter Selbstmordgedanken?
- 26.) Haben Sie bereits einen oder mehrere Selbstmordversuche gemacht?
- 27.) Haben Sie einen positiven Standpunkt hinsichtlich Heirat, Ehe, eigenen Kindern oder stehen Sie derartigen Dingen ablehnend gegenüber?
- 28.) Haben oder hatten Sie sexuelle Beziehungen (waren diese für Sie befriedigend?)
- 29.) Leiden Sie öfter oder dauernd unter körperlichen Beschwerden in Form von : Kopfschmerzen
Herzbeschwerden

Magenschmerzen, Übelkeit, Völlegefühl

Schweißausbrüchen

Schluckbeschwerden (Kloßgefühl im Hals)

Schwindelanfällen

- 30.) Waren Sie nach der Entlassung aus der Universitäts-Nerven-
klinik nochmals in einer stationären Behandlung (wenn ja : wann
und aus welchem Grund)?
- 31.) Ist bei Ihnen nach der Entlassung aus der Universitäts-Nerven-
klinik eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchge-
führt worden?
- 32.) Wenn ja, geben Sie bitte die ungefähre Zahl der Behandlungsstun-
den an.
- 33.) Haben Sie Ihrer Meinung nach die seinerzeit durchgemachte Krank-
heit der Magersucht :
- a) überwunden
 - b) hat sie sich verschlechtert
 - c) hat sie sich gebessert
 - d) besteht sie unverändert?

F. LITERATURVERZEICHNIS

- 1.) BECK, J. C. und K. BRØCH- : Observations on the prognosis
NER - MORTENSEN in anorexia nervosa. Acta med.
scand. 149, 409 (1954).
- 2.) BETHGE, H., NAGEL, A. M., : Zentrale Regulationsstörungen
SOLBACH, H. G., WIEGEL- bei der Anorexia nervosa.
MANN, W. und ZIMMER- Mat. Med. Nordm. 22, (1970).
MANN, H.
- 3.) BLISS, E. L. und C. H. BRANCH : Anorexia nervosa. New York
1960.
- 4.) BROSER, F. und W. GOTT - : Symptomatische Psychosen bei
WALD Magersucht. Nervenarzt 26, 10
(1955).
- 5.) BRUCH, H. : The psychiatric differential
diagnosis of anorexia nervosa.
In: J. E. Meyer und H. Feldmann,
Anorexia nervosa, Stuttgart 1965.
- 6.) CERMAK, J. und E. RINGEL : Zum Problem der Anorexia
nervosa. Wien. Z. Nervenheilk.
17 (152-182) 1960.
- 7.) CLAUSER, G. : Das Anorexia-nervosa-Problem
unter bes. Berücksichtigung der
Pubertätsmagersucht, u. ihrer
klin. Bedeutung.
Erg. inn. Med. 21 (1964), 97.

- 8.) CREMERIUS, J. : Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie. Ges. Gebiete d. Neurol. u. Psychiat., Heft 99, Springer-Verlag 1962.
- 9.) CREMERIUS, J. : Zur Prognose der Anorexia nervosa. 13 fünfzehn - bis achtzehnjährige Katamnesen unbehandelter Fälle. Arch. Psychiat. 207 (1965), 378.
- 10.) DAHL, G. und H. U. ZIOLKO : Rorschach-Test-Untersuchungen bei Anorexia-nervosa-Kranken. Arch. Psychiat. Neurol. 211, 266-273 (1968).
- 11.) EIRIAN, WILLIAMS : Anorexia nervosa : a somatic disorder. Brit. med. J. Nr. 5090, 190-195 (1958).
- 12.) ERNST, K., L. SPRING und B. STREIFF : Statistisches zum Übergang von Neurosen in Schizophrenien. Nervenarzt 38, 408-412 (1967).
- 13.) FELDMANN, H. : Zur Frage der psychodynam. Faktoren bei der Pubertätsmagersucht. In: Meyer, J. E. u. H. Feldmann, Anorexia nervosa, Stuttgart 1965.
- 14.) FLECK, L., J. LANGE und H. THOMÄ : Verschiedene Typen von Anorexia nervosa u. ihre psychoanalytische Behandlung. In: Meyer, J. E. u.

H. Feldmann, Anorexia
nervosa, Stuttgart 1965.

- 15.) FRAHM, H. : Ergebnisse einer systematisch durchgeführten somatisch orientierten Behandlungsform bei Kranken mit Anorexia nervosa. In: Meyer, J.E. und H. Feldmann, Anorexia nervosa, Stuttgart 1965.
- 16.) FREUD, S. : Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. Ges. Schriften Bd. VIII, Leipzig, Wien, Zürich, 1924. (Ges. Werke Bd XIII).
- 17.) GALLWITZ, A. : Versuch einer Erfassung des body image bei weiblichen Magersüchtigen. In: Meyer, J.E. und H. Feldmann, Anorexia nervosa, Stuttgart 1965.
- 18.) GROTE, L.R. und H. MENG : Über interne und psychotherapeutische Behandlung der endogenen Magersucht. Schweiz. med. Wschr. 64, 137 (1934).
- 19.) HILTMANN, H. : Urteilsbildung und Affekteinstellung bei magersüchtigen jungen Frauen und Mädchen. In: Meyer, J.E. und H. Feldmann, Anorexia nervosa, Stuttgart 1965.

- 20.) ISHIKAW, K. : Über die Eltern von Anorexia-nervosa Kranken. In: Meyer, J. E. und H. Feldmann, Anorexia nervosa, Stuttgart 1965.
- 21.) KAY, D.W.K., D. LEIGH : Natural history, therapy and prognosis of anorexia nervosa, based on a study of 38 patients. J. ment. Sci. 100 (1954), 411.
- 22.) KAY, D.W.K. und K. SCHAPIRA : The prognosis in anorexia nervosa. In: Meyer, J. E. und H. Feldmann, Anorexia nervosa, Stuttgart 1965.
- 23.) MEYER, A. E., H. FRAHM : Vortrag, Psychoanalytischer Kongress. Frankfurt 1964.
- 24.) MEYER, J. E. : Das Syndrom der Anorexia nervosa. Arch. Psychiat. Nervenkr. 202, 31-59 (1961).
- 25.) NEMIAH, J. C. : Anorexia nervosa. A clinical psychiatric study. Medicine (Baltimore) 29 (1950), 225.
- 26.) NOELLE, H. : Stickstoffbilanzuntersuchungen bei Anorexia nervosa, In: Meyer, J. E. und H. Feldmann, Anorexia nervosa, Stuttgart 1965.
- 27.) RICHTER, H. E. : Die dialogische Funktion der

- Magersucht. In: Meyer, J.E. und H. Feldmann, Anorexia nervosa, Stuttgart 1965.
- 28.) SELVINI, P. : Interpretation of mental anorexia. In: Meyer, J.E. und H. Feldmann, Anorexia nervosa, Stuttgart 1965.
- 29.) SHADOAN, R.A. : Anorexia nervosa . Med.Diss. München 1960.
- 30.) SPEER, E. : Magersucht und Schizophrenie. In: Mehrdimensionale Diagnostik und Therapie. Stuttgart:Thieme 1958.
- 31.) SPERLING, E. : Die Magersuchtsfamilie und ihre Behandlung. In: Meyer, J.E. und H. Feldmann, Anorexia nervosa, Stuttgart 1965.
- 32.) STEINBORN, A. : Anorexia nervosa. Med.Diss. Berlin 1969.
- 33.) THOMÄ, H. : Anorexia nervosa. Geschichte, Klinik und Theorien der Pubertätsmagersucht. Stuttgart : Klett-Huber 1961.
- 34.) TOLSTRUP, K. : Die Charakteristika der jüngeren Fälle von Anorexia nervosa.

Acta paediat. 41, 360 (1952).

- 35.) VAGUE, J.G., J.L. FAVIER, : Maigreur nerveuse chez le
TORRESANI frère et la soeur. Ann.
endocrinol. 18 (1957), 393.
- 36.) VIEUX, N., R. FAU : Les elements cliniques du
diagnostic et du pronostic
de l'anorexie mentale. Paris
med. 118 (1939), 177.
- 37.) WALL, J.H. : Diagnosis, treatment and
results in anorexia nervosa.
Amer. J. Psychiat. 115 (1959), 993.
- 38.) ZIOLKO, H. U. : Anorexia nervosa. Fortschr.
Neurol. Psychiat. Nervenkr.
34, 353 (1966).
- 39.) ZIOLKO, H. U. : Hyperorexie-Anorexie, Zur
Phänomenologie neurotischer
Eß-Störungen. Hippokrates
(Stuttgart) 38, 522-526 (1967).
- 40.) ZIOLKO, H. U. : Zur Psychodynamik der Eß-und
Stehlsucht (Hyperorexie und
Kleptomanie). Psychoth.
Psychosom. 14 (1966), 226.
- 41.) ZIOLKO, H. U. : Hyperphagie - Anorexie.
Nervenarzt 37 (1966), 400.

DANK

Herrn Professor Dr. H. U. Ziolkowski danke ich für die Überlassung des Themas dieser Arbeit sowie für fachliche Hinweise und Anregungen.

Curriculum vitae

Am 17. 11. 1941 wurde ich als älteste Tochter des Oberstudienrates Dr. Bernhard Muhlack und seiner Ehefrau Marietta in Königsberg/Pr. geboren. Nach der Flucht aus Ostpreußen fanden wir 1945 eine neue Heimat in Marburg (Hessen). Dort besuchte ich die Volksschule und anschließend die Elisabethschule, ein Realgymnasium für Mädchen. 1961 bestand ich an dieser Schule das Abitur. Im Sommersemester 1961 begann ich das Studium der Humanmedizin an der FU Berlin und schloß dieses an der gleichen Universität mit dem Staatsexamen im September 1967 ab. Als Medizinalassistentin war ich im Auguste-Victoria-Krankenhaus, St. Josephs-Krankenhaus und im Städtischen Bürgerhaus-Hospital tätig. Außerdem arbeitete ich neun Monate in der bakteriologischen Diagnostik (MUA II). Seit Juni 1971 bin ich als Assistenzärztin auf der Inneren Abteilung des Städtischen Bürgerhaus-Hospitals tätig.

